

**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**ATITUDES PERANTE A MORTE E SENTIDO DE VIDA EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Teresa Alexandra Malveiro Andrade

**DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA**

(Psicologia Clínica)

2007



**UNIVERSIDADE DE LISBOA**

**FACULDADE DE PSICOLOGIA E DE CIÊNCIAS DA EDUCAÇÃO**



**ATITUDES PERANTE A MORTE E SENTIDO DE VIDA EM  
PROFISSIONAIS DE SAÚDE**

Teresa Alexandra Malveiro Andrade

Tese orientada pelo Professor Doutor António José Feliciano Barbosa

**DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA**

(Psicologia Clínica)

2007



## **Agradecimentos**

Aos profissionais de saúde que todos os dias escolhem ajudar os seus semelhantes a viver o melhor possível até ao momento da sua morte e a todos os que de forma generosa aceitaram participar neste estudo.

Aos meus avós, os primeiros a permitir-me olhar para a vida como algo precioso e finito.

Aos meus pacientes, cujas vivências em torno da morte e do luto me ensinaram a importância de cada vida, e a todos os que perdi para reencontrar dentro de mim e neste trabalho.

Ao meu filho Daniel que me faz descobrir diariamente todas as outras razões, que até o ter desconhecia, para apreciar ainda mais a vida.

Ao meu marido Jorge, por compreender integralmente o que sou e ser a minha força em todos os momentos. Por dar à minha vida um sentido profundo e único sem o qual não poderia ter feito a maior parte das melhores escolhas.

Aos meus pais por sempre terem aceite como seus todos os meus desafios, sobretudo nos momentos mais críticos. Por ter sido nas suas experiências que bebi inspiração para as que escolhi serem as minhas.

Ao Professor Doutor António Barbosa pelo apoio estruturado durante a orientação deste trabalho e pelo olhar crítico e atento. Também pelas oportunidades que me proporcionou na área da formação em luto e que me ajudaram a compreender a necessidade imperiosa de intervir junto dos que mais de perto têm de lidar com a morte.

*“Eu também irei levando até ao fim, gravadas em profunda incisão na minha memória, as recordações de muitos que comigo morreram e que, deste modo, em mim continuam vivos.”*

Lobo Antunes (2005: 117)

## Resumo

Este estudo tem como principal objectivo averiguar o impacto que a exposição ocupacional à morte pode ter nas atitudes perante a morte em profissionais de saúde. Procura igualmente perceber como a variável sentido de vida pode actuar enquanto factor de protecção deste impacto e como preditora dos níveis de ansiedade e depressão reportados pelos profissionais de saúde com diferentes graus de exposição ocupacional à morte.

Com este propósito, foram aplicadas as versões portuguesas dos seguintes instrumentos: Death Attitude Profile Revised (DAP-R, Wong, Reker e Guesser, 1994), o Purpose in life test (PIL, Crumbaugh e Maholik, 1964), e o Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond e Snaith, 1983). A amostra é constituída por 281 profissionais de saúde com formação em áreas distintas e com diferentes graus de exposição ocupacional à morte.

Os resultados encontrados corroboram a tese de que um elevado sentido de vida protege os indivíduos de atitudes negativas perante a morte bem como de sintomas angodepressivos sendo esta protecção particularmente visível em situação de maior exposição ocupacional à morte.

**Palavras-Chave:** Profissionais de saúde, exposição ocupacional à morte, atitudes perante a morte, sentido de vida, ansiedade e depressão.

## **Abstract**

This study main purpose is to investigate the impact that occupational death exposure has on death attitudes in healthcare professionals. It also aims to understand how the variable “meaning in life” can minorate this impact as well as predict diferential levels of anxiety and depression in healthcare professionals with different occupational dealth exposure.

In order to attain this purpose, three instruments were selected: Death Attitude Profile Revised (DAP-R, Wong, Reker and Guessser, 1994), the Purpose in life test (PIL, Crumbaugh and Maholik, 1964), and the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS, Zigmond and Snaith, 1983). The sample is composed by 281 healthcare professionals with different training backgrounds and experiencing different occupational death exposure.

The results support the thesis that a strong meaning in life protects individuals from negative attitudes towards death as well as from anxiety and depression symptoms, being this particularly visible in situation of higher occupational death exposure.

**Keywords:** Healthcare professionals, occupational death exposure, death attitudes, meaning in life, anxiety and depression.



## ÍNDICE

RESUMO .....	7
INTRODUÇÃO .....	12
<b>I – O CONTACTO COM A MORTE AO LONGO DOS TEMPOS.....</b>	<b>15</b>
1.1 DA PRÉ-HISTÓRIA À IDADE MÉDIA .....	17
1.2 DA BAIXA IDADE MÉDIA E ATÉ AO SÉCULO XI .....	30
1.3 DO SÉCULO XI AO SÉCULO XIV .....	31
1.4 DO SÉC. XIV AO SÉC. XVIII .....	34
1.5 O SÉCULO XIX.....	37
1.6 O SÉCULO XX.....	41
1.7 O SÉCULO XXI.....	45
<b>II – OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A VIDA E A MORTE.....</b>	<b>47</b>
2.1 O HOSPITAL COMO LUGAR DA MORTE.....	47
2.2 O PAPEL DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A MORTE.....	50
2.3 CONSEQUÊNCIAS ESTUDADAS DA EXPOSIÇÃO À MORTE E A OUTROS ASPECTOS STRESSANTES NAS PROFISSÕES DE SAÚDE .....	53
2.3.1 <i>Estudos incidindo sobre médicos e enfermeiros</i> .....	53
2.3.2 <i>Estudos incidindo sobre vários grupos ocupacionais</i> .....	58
2.4 A FORMAÇÃO DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE NA ÁREA DA MORTE .....	64
2.4.1 <i>Insuficiência da formação base dos profissionais de saúde</i> .....	64
2.4.2 <i>A formação específica para profissionais de saúde, na área da morte</i> .....	70
2.4.3 <i>A oferta educativa mais recente no âmbito da Educação para a morte para profissões                 de saúde</i> .....	83
<b>III – ATITUDES PERANTE A MORTE.....</b>	<b>93</b>
3.1 AS ATITUDES PERANTE A MORTE E SUA MENSURAÇÃO .....	95
3.1.1 <i>Atitudes perante a morte no envelhecer</i> .....	96
3.1.2 <i>Atitudes perante a morte na doença</i> .....	97
3.1.3 <i>As atitudes perante a morte nas perturbações psicopatológicas</i> .....	98
3.1.4 <i>As atitudes perante a morte em diferentes vivências religiosas</i> .....	99
3.1.5 <i>As atitudes perante a morte nas profissões de saúde e nos prestadores de cuidados                 em geral</i> .....	100
3.2 AS MEDIDAS DESENVOLVIDAS PARA A MENSURAÇÃO DAS ATITUDES PERANTE A MORTE .....	100
3.2.1 <i>A Revised Death Anxiety Scale ou Escala de Ansiedade Perante a Morte Revista</i> .....	106
3.2.2 <i>A Colett-Lester Fear of Death Scale ou Escala de Medo da Morte de Colett – Lester</i> .....	110

3.2.3 O Threat Index ou Índice de Ameaça (TI).....	113
3.2.4 A Multidimensional Fear of Death Scale ou Escala Multidimensional de Medo da Morte (MFODS).....	117
3.2.5 A Fear of Personal Death Scale ou Escala do Medo Pessoal da Morte.....	121
3.2.6 O Death Attitude Profile – Revised ou Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto....	125
3.2.7 A Coping With Death Scale ou Escala de Coping perante a Morte, a Death Self-Efficacy e a Self-Efficacy in Organ Donation ou Escalas de Auto-Eficácia perante a Morte e Doação de Órgãos.....	133
3.2.8 A Death Obsession Scale ou Escala de Obsessão com a Morte (DOS):.....	137
3.3 ATITUDES PERANTE A MORTE E IMPACTO DA FORMAÇÃO NA ÁREA DA MORTE.....	143
3.3.1 Impacto positivo da formação na mudança atitudinal.....	145
3.3.2 Sem impacto significativo.....	147
3.3.3 Com impacto negativo.....	148
<b>IV – EM BUSCA DO SENTIDO DE VIDA.....</b>	<b>151</b>
4.1 PRINCIPAIS CORRENTES TEÓRICAS EM TORNO DO SENTIDO DE VIDA.....	152
4.2 INSTRUMENTOS E SENTIDO DE VIDA.....	158
4.2.1 O Purpose in Life Test ou Teste de Propósito e Sentido de Vida (PIL).....	162
4.2.2 O Life Regard Index ou Index de Observação da Vida (LRI).....	169
4.2.3 A Sense of Coherence Scale ou Escala do Sentido de Coerência (SOC).....	172
4.2.4 O Life Attitude Profile – Revised ou Perfil de Atitudes perante a Vida – Revisto.....	176
4.2.5 O Personal Meaning Profile ou Perfil Pessoal de Sentido (PMP).....	178
<b>V- DERIVAÇÃO DE HIPÓTESES E MODELO DE ANÁLISE.....</b>	<b>184</b>
Hipótese 1: exposição ocupacional à morte e atitudes face à morte.....	186
Hipótese 2: propósito de vida e atitudes face à morte.....	187
Hipótese 3: papel moderador da exposição ocupacional à morte.....	188
Hipótese 4: papel moderador da experiência profissional.....	190
Hipótese 5: propósito de vida e ansiedade/depressão.....	192
Hipótese 6: papel moderador 2 da exposição ocupacional à morte.....	193
Hipótese 7: atitudes face à morte e ansiedade/depressão.....	194
Hipótese 8: papel mediador das atitudes face à morte.....	196
HIPÓTESES COMPLEMENTARES.....	197
MODELO DE ANÁLISE.....	198
<b>VI- METODOLOGIA.....</b>	<b>199</b>
6.1 AMOSTRA E PROCEDIMENTO AMOSTRAL.....	199
6.1.1 Critérios de elegibilidade.....	202
6.2 INSTRUMENTOS.....	203
6.3 ESTRATÉGIA ANALÍTICA.....	206

<b>VII- RESULTADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS.....</b>	<b>208</b>
7.1 CARACTERIZAÇÃO DA AMOSTRA.....	209
7.1.1 <i>Caracterização do perfil sócio-demográfico.....</i>	<i>212</i>
7.1.2 <i>Teste do viés de fonte comum.....</i>	<i>224</i>
7.2 TESTE PSICOMÉTRICO DOS INSTRUMENTOS .....	226
7.2.1 <i>DAP-R.....</i>	<i>226</i>
7.2.2 <i>PIL .....</i>	<i>231</i>
7.2.3 <i>HADS .....</i>	<i>236</i>
7.3 TESTE DE HIPÓTESES.....	238
<i>Teste da hipótese 1: exposição ocupacional à morte e atitudes face à morte .....</i>	<i>239</i>
<i>Teste da hipótese 2: propósito de vida e atitudes face à morte .....</i>	<i>242</i>
<i>Teste da hipótese 3: papel moderador da exposição ocupacional à morte.....</i>	<i>245</i>
<i>Teste da hipótese 4: papel moderador da experiência profissional.....</i>	<i>250</i>
<i>Teste da hipótese 5: propósito de vida e ansiedade/depressão.....</i>	<i>253</i>
<i>Teste da hipótese 6: papel moderador 2 da exposição ocupacional à morte .....</i>	<i>256</i>
<i>Teste da hipótese 7: atitudes face à morte e ansiedade/depressão.....</i>	<i>261</i>
<i>Teste da hipótese 8: papel mediador das atitudes face à morte .....</i>	<i>266</i>
7.4 TESTE DE HIPÓTESES COMPLEMENTARES.....	269
VIII - CONCLUSÃO.....	276
<b>BIBLIOGRAFIA .....</b>	<b>281</b>

## INTRODUÇÃO

Actualmente deixou de ser possível falar de morte sem mencionar, ainda que brevemente, os profissionais de saúde. Este trabalho procura perceber os impactos que a exposição ocupacional à morte surte em profissionais de saúde. A literatura existente sobre o lidar com a morte oferece um olhar que salienta a importância das atitudes perante a morte sendo que, da mesma forma, o sentido de vida tem sido equacionado como um elemento importante neste lidar com morte. Ora como uma consequência, ora como um factor protector.

Interessa-nos compreender de que forma as atitudes face à morte e o sentido de vida se integram nas vivências actuais dos profissionais de saúde, expressas, por exemplo, nos níveis de ansiedade e depressão auto-relatados.

Para perspectivar toda esta realidade, propomos um percurso. Propomos que a forma como experienciamos a morte, a dos outros e a antecipação da nossa, está inevitavelmente ligada ao que fomos e somos culturalmente. Assim, encetamos este trabalho convidando a um olhar para diferentes formas de encarar a morte e a vida ao longo da história da humanidade (capítulo 1). Pensamos que no final deste primeiro capítulo seja possível compreender de que forma a especialização funcional e a evolução da prática médica no mundo Ocidental trouxe os profissionais de saúde para a linha da frente no contacto com a morte.

Num segundo passo (capítulo 2) neste percurso, colocamos o foco na actualidade. Não na actualidade genérica, mas sim na actualidade dos profissionais de saúde e nas consequências que os mesmos enfrentam por lidar mais proximamente com a morte. Paralelamente, convidamos a compreender os modos como a formação de base e a formação complementar têm procurado responder às suas necessidades. Esperamos no final deste capítulo evidenciar que as consequências da exposição ocupacional à morte

não podem ser ignoradas e que a formação base facultada não os torna imunes ao sofrimento psicológico decorrente de uma exposição continuada à morte.

Num terceiro momento, salientamos a centralidade que as atitudes perante a morte assumem na investigação neste domínio (capítulo 3). No final deste capítulo esperamos que fique evidente que os estudos desenvolvidos são ainda escassos e que, sobretudo no âmbito da exposição ocupacional à morte, urge integrar os estudos e repor o foco empírico na população de profissionais de saúde. A fragmentação a que se assiste, quer no uso de instrumentos unidimensionais, quer na aparente dificuldade em acumular conhecimento, pode ajudar a explicar o porquê dos planos de formação surtirem, regra geral, menor impacto na mudança atitudinal do que aquele a que inicialmente se propõem.

Num quarto passo neste percurso salientamos o papel que o sentido de vida assume no lidar com a morte. Com um quadro de referência ancorado em torno da obra de Viktor Frankl, convidamos a reflectir sobre a possibilidade da proposta deste autor, entretanto menos saliente no *mainstream* da investigação no domínio das atitudes perante a morte, abrir novas perspectivas nesta área. A proposta de Frankl deixa adivinhar que o sentido de vida é o elemento central na forma como os profissionais de saúde lidam com a inevitabilidade da morte (capítulo 4). No final deste capítulo, esperamos suscitar a curiosidade em torno do teste empírico desta proposta de Frankl.

Paralelamente, e assumindo um foco mais crítico sobre a investigação realizada, convidamos ao longo dos 3º e 4º capítulos, à análise de vários instrumentos de medida pois é com estes que nos atrevemos a operacionalizar os construtos. Em busca dos instrumentos necessários ao teste empírico de algumas asserções neste âmbito, realizámos uma revisão detalhada dos principais instrumentos de medida e linhas de investigação desenvolvidos quer no domínio das atitudes perante a morte (capítulo 3), quer no domínio do sentido de vida (capítulo 4). Pretendemos que os pontos fracos e

fortes de cada instrumento, em particular daqueles que escolhemos usar para fins de teste empírico, fiquem evidentes.

Num quinto passo, propomos uma integração de alguns dos estudos retratados aquando da revisão de literatura. Derivámos hipóteses que foram integradas num modelo de análise (capítulo 5). Pretendemos, no final deste capítulo, que fique claro o conjunto de hipóteses e de que forma o teste empírico se desenvolverá. Igualmente, ao mostrar o conjunto, pretendemos oferecer a possibilidade de se testarem quer um novo papel para a exposição ocupacional à morte (deixando de ser apenas variável independente e assumindo o papel de moderadora, consistente com a sua natureza de contexto). Pretendemos também abrir as portas a um eventual efeito de mediação que as atitudes perante a morte podem exercer no percurso de influência entre o sentido de vida e os sintomas ango-depressivos.

No capítulo 6 procedemos à apresentação dos aspectos metodológicos relativos ao estudo empírico, seguida da caracterização da amostra e dos resultados relativos às propriedades psicométricas dos instrumentos aplicados e aos testes de hipóteses efectuados (capítulo 7).

Optámos por desenvolver a discussão de resultados imediatamente na sequência da sua apresentação, decorrendo essa opção da vontade de clarificar a integração dos resultados. No final (capítulo 8) procedemos a uma análise global das discussões integradas numa conclusão.

## I – O contacto com a morte ao longo dos tempos

*“Na natureza nada se cria, nada se  
perde, tudo se transforma”*

Lavoisier (1743-1794)

A vida e a morte sempre se entenderam entre si, sem precisar de tradutor. Tudo à nossa volta o mostra. A vida só se gera devido à morte. Para formar e manter vivo cada ser que nasce, outros têm muitas vezes de morrer. A vida alimenta-se de vida e por isso se mantém. Tudo se articula na dança coordenada que permite o fenómeno raro e delicado que é a vida e também a morte.

O Homem parece ser o único, de entre todos os seres vivos, a ter uma consciência da morte como algo que o fere pessoalmente, ao criar limites à duração temporal da sua vida e da dos que o rodeiam (Corr, 1998). O único a tentar continuamente encontrar uma forma de contornar persistentemente a morte, ao longo de gerações.

Desde tempos remotos e em todos os cantos do Mundo, o Homem, salvo raras excepções, evita que os seus restos mortais sejam entregues a um ciclo natural onde animais necrófagos beneficiariam dos seus despojos e enterra ritualmente ou constrói túmulos para sepultar os seus mortos (Thomas, 1992). Também tenta geralmente preservar o corpo, prestar homenagens mais ou menos prolongadas no tempo aos que morreram, estipular regras acerca do comportamento adequado dos enlutados de forma a não perturbar o que possa subsistir da vida de quem morreu e constrói crenças, mais ou menos elaboradas, em torno da vida depois da morte (Bowlby, 1998).

Em torno de todos os rituais estão quase sempre as mesmas questões: Porque existimos ou porque fomos criados? Porque temos de morrer? Se todos morremos será que faz

diferença, fazer o bem ou o mal ou ainda a forma como vivemos? Ou resumindo mais simplesmente: Quem sou, de onde venho e para onde vou?

Em busca de compreensão, sobretudo para a morte, geraram-se respostas mais ou menos complexas sob a forma de mitos e religiões, doutrinas filosóficas, abordagens científicas e para-científicas, obras de arte e de literatura, cuja finalidade parece ser essencialmente a de encontrar um sentido para a inevitabilidade da morte e favorecer a sua aceitação (Barros de Oliveira, 1998).

Apesar do conhecimento da morte e das questões em torno da mesma nos acompanharem desde tempos imemoriais, a nossa relação com esta foi sendo diferente e mutável ao longo dos séculos. O lugar da morte não tem sido simples nem estável quando retrocedemos na História da Humanidade que fomos. Segundo Kastenbaum e Aisenberg (1983) as grandes diferenças que podemos observar no posicionamento do Homem face à morte, ao longo da História, derivam essencialmente de quatro condições que foram variando:

- 1) A expectativa de vida. Foi bastante limitada na maior parte da história da Humanidade, pois a morte atingia tanto crianças quanto adultos e a chegada à velhice tornava o indivíduo venerável pela raridade.
- 2) O grau de exposição à morte. Com a excepção da actualidade, o Homem nunca esteve protegido da visão da morte e do cadáver e era directamente envolvido nos rituais de preparação e despojamento do corpo.
- 3) O sentimento de controlo sobre a natureza. As condições de vida eram difíceis e o domínio da tecnologia reduzido, as doenças surgiam sem causalidade conhecida ou tinham estatuto de punição divina e o seu contágio era rápido.
- 4) O estatuto do indivíduo. A pessoa era essencialmente parte de um colectivo funcional (a Sociedade). Actualmente, nas Sociedades ocidentais, assiste-se a uma hiper valorização do indivíduo *per se*.



A leitura dos significados que a vida e a morte assumem no quotidiano dos profissionais de saúde e de todo e qualquer indivíduo em Sociedade, está condicionada pelas práticas sociais partilhadas e aceites. Todo o comportamento social é um comportamento historicamente ancorado e, nesse sentido, propomo-nos enquadrar historicamente e de forma sucinta algumas das percepções e rituais em torno da morte, referindo brevemente as principais concepções das várias épocas em torno da saúde e o papel conhecido dos que se tornariam os profissionais de saúde dos dias de hoje. À semelhança do que têm sido as propostas de revisão cronológica da vivência social da morte (e.g. Davies, 1999; Ariés, 2000) agregaremos as análises por fases históricas. Neste estudo propomos duas grandes fases: I) da pré-história à idade média e II) da idade média à actualidade, referindo dentro de cada uma as principais fases e ou contributos diferenciados para um melhor entendimento do que foi, tem sido e é o posicionamento global da Humanidade, no Ocidente, face à morte.

### **1.1 Da pré-história à idade média**

Os homens da pré-história, anteriores ao Neandertal, não deixaram quaisquer marcas visíveis de sepultamento ritual dos seus mortos e portanto é difícil, sem vestígios concretos, estudar as suas concepções acerca da morte. Sabemos no entanto, através dos raros vestígios ósseos encontrados dispersos, que a vida nesses tempos era frágil, povoada por acidentes mortais e com baixa esperança de vida (Walker, 1958).

Segundo Thomas (1992), foi o Homem de Neandertal, há cerca de 100.000 anos, que começou a inumação intencional dos seus mortos, ao invés de os deixar à mercê dos animais necrófagos, como se pensa ter sucedido com os seus antepassados. Para tal, abria cavidades em rochas, onde os corpos eram colocados de cócoras e recobertos de pedras. À sua volta eram dispostos os seus objectos habituais e oferendas alimentares,

mostrando a crença na sua utilidade para além da morte. Análises aos restos mortais encontrados nessa época indiciam uma esperança de vida que rondava os 20-30 anos, com sinais de desnutrição e infecção nos ossos e dentes, acidentes ou ferimentos, possivelmente fatais, decorrentes da caça de grandes animais (Thomas, 1992).

No Paleolítico Superior (cerca de 30.000 a 8.000 anos a.C.), são encontradas sepulturas em grande número por toda a Europa. O Homem de Cro-Magnon, apresentava um ritual funerário diferente: os corpos encontravam-se deitados na posição de barriga para cima, ou em posição fetal virados sobre o lado esquerdo, alguns corpos eram decorados com ocre vermelho, as oferendas funerárias eram mais diversificadas do que na época anterior, mas incluíam igualmente alimentos, utensílios e algumas peças decorativas tais como colares feitos com dentes de animais. Encontraram-se algumas sepulturas duplas de adultos com uma criança entre os braços, possivelmente para as mortes ocorridas na sequência de um parto (Thomas, 1992).

No Mesolítico, última época do domínio dos caçadores recolectores, passam a ser mais comuns as sepulturas colectivas ao invés das individuais. As sepulturas, escavadas na pedra são ovais e pouco profundas sendo recobertas por uma grande pedra, ou por várias, mas chegam a conter mais de uma dezena de corpos. A inumação colectiva é um dos primeiros sinais de uma comunidade que se torna sedentária (Thomas, 1992). Nestas sepulturas encontram-se numerosos utensílios, oferendas alimentares, objectos de adorno feitos com conchas furadas e dentes de animais. A prática ancestral de decorar os cadáveres com ocre vermelho manteve-se.

Estas sepulturas colectivas constituem a base dos rituais de sepultamento durante o Neolítico e Idade do Bronze. Nesta época vão surgir os célebres dólmens ou antas, cromeleques ou alinhamentos, que constituíam monumentos funerários e de culto religioso, onde eram sepultados ritualmente vários corpos.

Podemos assim ver que os indivíduos que viveram na pré-história da Humanidade apresentavam já sistemas de crenças bastante complexos em torno da morte e formas

de lidar com o corpo, bem como crenças acerca de uma possível continuação da vida depois da morte patente nas inúmeras oferendas, nomeadamente as alimentares que foram descobertas nos túmulos.

### **Primeiras práticas curativas**

Poucos são os indícios desta época relativamente ao papel desempenhado pelos primeiros indivíduos com funções na área dos cuidados de saúde. Os primeiros dados indiciadores da presença de uma actividade médica-espiritual-religiosa, remontam ao período paleolítico (17.000 a.c) com a descoberta de pinturas e gravações rupestres perceptíveis. Mais especificamente nos Pirinéus e numa gruta denominada de “gruta dos três irmãos“, foi descoberto aquele que é considerado o mais antigo retrato de um médico-feiticeiro, e que consiste numa pintura mural representando um homem envolto em peles, com pinturas rituais sobre o corpo e com um toucado feito com hastes de veado (Walker, 1958). O tipo de indumentária representada era semelhante ao que alguns feiticeiros (xamãs) de culturas mais primitivas usavam nos seus rituais de evocação de espíritos para a cura.

Outros indícios de que o Homem primitivo recorria já a sistemas naturais de cura, derivam da análise de conteúdos alimentares encontrados quer nas sepulturas quer nos conteúdos gástricos de uma múmia preservada pelo frio (datada de 5.000 a.c). Estas análises indicam um conhecimento já sistematizado de sementes, frutos e plantas com propriedades medicinais tais como: antisépticas, anti-inflamatórias, vermífugas, laxantes e eméticas (Dickson et al, 2000; Heiss e OeggI, 2005)

A observação de fracturas cicatrizadas aponta igualmente para a existência de intervenção humana com propósito reparador, através de talas ou outros métodos de imobilização (Walker, 1958).

Outras evidências de intervenções médicas, requerendo especialização, estão patentes em crânios encontrados um pouco por todo o mundo. A trepanação, inicialmente pensada como parte um ritual funerário *post-mortem* para libertação da alma (Poirier, 1998), foi reunindo provas cada vez mais consistentes de que se tratava de uma prática curativa realizada com alguma frequência e com uma taxa elevada de sobrevivência. Destinar-se-ia sobretudo, a reparar danos resultantes de traumatismos craneanos (Rifkinson-Mann, 1988; Piek, Lidke, Terberger, von Smekal e Gaab, 1999).

Com a emergência da expressão simbólica pictográfica sistematizada num sistema de escrita incipiente, decorre uma alteração radical quer no acervo arqueológico quer no próprio agregado populacional que origina os berços civilizacionais. Igualmente adquire contornos mais nítidos o papel desempenhado pelos primeiros profissionais de saúde perante a vida e a morte.

De entre as civilizações que povoam a nossa antiguidade, a que mais extensa e ricamente documentada chegou à luz dos nossos dias, no que respeita aos rituais funerários e sistema de crenças instituídas em torno da morte, foi a egípcia.

As primeiras dinastias egípcias datam de 4.400 a.c e a esperança de vida ao longo das mesmas não ultrapassou os 36 anos de idade (Davies, 1999: 28): “*half of the population died by the age of 30 and few excavated burials contain people over the age of 60*”. Embora já existissem relatos de avanços significativos nas práticas de saúde estas só estavam acessíveis a poucos, regra geral membros da realeza e altas patentes do exército, pelo que o destino da maioria da população era o de uma morte precoce frequentemente devida a doenças infecto-contagiosas (Nunn, 1996).

Um dos aspectos centrais na tanatologia egípcia consistia na necessidade imperiosa de conservar em bom estado o corpo (Ka) depois da morte, para que o seu espírito (Ba) pudesse de novo unir-se a ele na vida no além (Trindade Lopes, 1991). Para preservar o

corpo em bom estado, desenvolveram-se formas muito especializadas de mumificação realizadas por técnicos altamente conceituados (Baines e Málek, 1993). Os procedimentos decorriam durante 30 ou mais dias antes do corpo ser devolvido à família para o respectivo ritual funerário em perfeito estado de conservação. Davies (1999: 36) cita Diodorus Siculus que no ano 56 a.c, teve a oportunidade de observar os rituais de mumificação ainda em vigor no Egito antigo: Quando o tratamento estava concluído, eles devolviam o corpo à família do falecido com cada uma das suas partes tão perfeitamente preservada que até as pestanas e sobrancelhas permaneciam como anteriormente, e a totalidade da aparência do corpo quase inalterada.

Para além da preservação do corpo também o local de sepultamento era importante, pois seria neste que a pessoa viveria depois da morte. Assim, os túmulos egípcios eram reproduções de espaços semelhantes àqueles onde se vivia durante a vida. Quanto mais grandiosos, maior o estatuto pessoal do falecido. Nestes túmulos a pessoa que falecia era acompanhada por grandes reservas de alimentos, animais também eles embalsamados (ex: gatos, íbis, falcões e macacos), estátuas *ushabtis* representando servos, que ganhariam vida no além através de uma fórmula secreta para continuar a servir a pessoa, peças de mobiliário e de decoração. Também os túmulos continham várias divisórias semelhantes às das casas, ricamente ornamentadas com pinturas murais nas quais eram representadas cenas da vida anterior da pessoa, e sobretudo cenas que pretendiam guiar a pessoa nas provas que enfrentaria no além. Tudo para que ao acordar no seu novo estado a pessoa se sentisse em casa e não temesse a morte nem desejasse vingança dos vivos (Baines e Málek, 1993; Vanoyeke, 1999)

A vida depois da morte continha uma série de provas pelas quais a pessoa falecida tinha de passar com sucesso para poder atingir o desejado estado de união com a divindade representada por Osíris. Falhar nestas provas significava morrer duas vezes e ser votado ao pior dos desfechos: o eterno esquecimento (Davies, 1999).

Estas provas eram mais facilmente vencidas se o falecido se fizesse acompanhar do “Livro dos mortos” mais conhecido entre os egípcios como “Livro para sair à luz do dia” (Davies, 1999), onde encontrava todas as fórmulas e encantamentos necessários ao seu sucesso na passagem para o estado divino e todos os egípcios ambicionavam fazer-se acompanhar de um bom exemplar na sua viagem para o além, porque nele encontrariam os caminhos correctos para a salvação da sua alma (Trindade Lopes, 1991).

De acordo com Trindade Lopes (1989, 1991) o “Livro dos mortos” é o mais antigo livro ilustrado do Mundo e a sua origem remonta à V Dinastia (aproximadamente 2345 AC) e reúne fórmulas, hinos, prescrições, orações, exposições da criação, indicações sobre as diferentes divindades que o morto deveria conhecer, textos mágicos de protecção contra animais necrófagos, entre outros. Segundo Trindade Lopes (1991:11): *“A magia das fórmulas era de dois tipos: operativa (produzindo determinados efeitos) ou defensiva (contra perigos vários). Mas, garantiam os egípcios, sempre eficaz. Por isso o “morto” no seu lento progresso para a “vida”, para o “céu”, para a “liberdade” não temia as diferentes provas que teria de ultrapassar”*.

Este livro, normalmente em formato de rolo de papiro, existente em várias versões ajustadas ao poder económico da pessoa a que se destinava. Era depositado na câmara funerária e consistia em diversos capítulos respeitantes às diferentes fases e perigos que o morto iria enfrentar (Trindade Lopes, 1991).

Em si, o livro de nada serviria se a pessoa não tivesse vivido uma vida de intenções e acções puras, pois uma das mais importantes provas a ultrapassar era a do julgamento de Maat, deusa da justiça, da verdade e da ordem divina universal. Neste julgamento, Maat fornecia uma pena, símbolo da verdade, que era colocada como contrapeso numa balança de dois pratos, sendo que no outro prato se encontrava o coração do morto, simbolizando as suas acções em vida. Para poder atingir o estado divino, o seu coração deveria ser puro e verdadeiro e, logo, tão ou mais leve do que a pena sobre a balança (Trindade Lopes, 1989; Baines e Málek, 1993).

Estes princípios aplicavam-se a todos sem exceção desde o escravo ao faraó. Todos acreditavam ter de passar pelo Julgamento de Maat e pelas provas na vida do além.

Para Davies (1999: 39): *“More than any other society Egypt appears to have constructed a thanatology in which, in life and in death, the difference between men and gods, that is between mortals and immortals had been transcended”*.

### **Rituais de cura e médicos:**

No antigo Egito medicina e religião eram unas, e o papel de médico e sacerdote inalienáveis.

As doenças e a morte eram vistas como resultando de forças negativas exercidas sobre a Humanidade e as suas causas estavam sempre no mundo invisível (deuses, espíritos, almas dos que já morreram e não encontraram o seu caminho para a libertação tinham o poder de influenciar negativamente a vida e a saúde dos vivos). Sem intervenção de alguém, com poder para afastar estas influências, a pessoa morreria rapidamente e em sofrimento (Walker, 1958).

Ao médico competia descobrir a natureza dos espíritos e expulsá-los. Fórmulas mágicas e encantamentos tinham em vida poderes equivalentes aos que lhes eram atribuídos depois da morte: *“ Ele (Médico) só pode ser bem sucedido por meio de uma magia poderosa, por isso deve ser perito na recitação de encantamentos e hábil na preparação de amuletos.”* (Maspero, 1891, cit p. Walker, 1958: 33).

As patologias identificadas são diversas devido ao elevado estado de conservação de algumas múmias encontradas e da riqueza de descrições encontradas em papiros, estas incluem: osteosarcomas, reumatismo, aterosclerose, pneumonias, pleuresias, parasitoses variadas, gengivites, cálculos renais e biliares ou cáries dentárias (Sournia, 1992; Ackerknecht, 1982)

Também se encontram evidências de formação sistematizada, para quem exercia actividade na área da Medicina, embora fosse comum passar de pais para filhos. Tanto homens como mulheres podiam exercer medicina e alguns papiros encontrados e pinturas murais revelam a existência de exercício médico por especialidade. A riqueza ornamental dos túmulos de médicos descobertos mostra que se tratava de uma actividade socialmente muito valorizada (Price, 2001).

O caso do médico e arquitecto Imothep, que foi elevado a um estatuto divino e que posteriormente influenciou as práticas médicas da Grécia pré-hipocrática é exemplo dessa valorização (Baines e Málek, 1993).

Ao longo dos séculos que se seguiram, crenças mais ou menos distintas surgiram, mas as questões em torno da morte continuaram sempre a merecer lugar de destaque.

Na Mesopotâmia, escritos datados aproximadamente do ano 2.000 a.c, provenientes da cidade de Ugarit, apresentam uma percepção da vida e da morte algo diferente da egípcia (Davies, 1999). Nesta visão o Homem não pode confiar nos deuses nem pode atingir a imortalidade. Os Homens foram criados com o mero propósito de servir os deuses, alimentando-os e construindo-lhes casas (santuários) sendo as necessidades humanas secundarizadas. Os Homens morrem para não desafiar os deuses com a sua presença prolongada e nunca atingem a imortalidade porque essa condição é exclusiva dos deuses (Davies, 1999). A morte ocorre independentemente de pecar ou viver uma vida pura e não existe nenhuma esperança numa salvação individual ou colectiva depois da morte.

Apesar desta crença instituída, existem rituais funerários específicos a cumprir pelos familiares. Os corpos eram enterrados ou colocados em túmulos mas nunca cremados ou deixados à mercê de animais necrófagos. Os túmulos encontravam-se, regra geral, situados nas caves das casas de habitação e eram familiares. Os mesopotâmios



sustinham a crença de que estes locais eram portais de entrada para o mundo espiritual invisível dos fantasmas e dos mortos que se encontrava no submundo.

Durante algum tempo depois da morte, o filho mais velho ou na sua ausência, o membro da família mais próximo, tinha a obrigação de cumprir alguns rituais necessários à pacificação do espírito do morto, pois acreditava-se que a pessoa que morria, detinha durante algum tempo poderes para prejudicar os vivos. Estes rituais incluíam manifestação de pesar visível, rapar o cabelo e cobrir-se de cinzas, colocar regularmente refeições e água fresca para o morto, bem como construir um altar para prestar homenagem ao falecido. O período de luto aparece descrito como durando sete anos. Ao contrário do que acontecia com os egípcios, na tanatologia mesopotâmica, os deuses não se encontram envolvidos em nada do que ocorre depois da morte (Davies, 1999).

Entre os Persas, perto do séc. VI a.c, a morte é novamente encarada como o evento que permite a elevação do espírito a uma dimensão superior, se este for considerado digno. A avaliação desse merecimento ocorre num cenário em que o morto é julgado. Este julgamento ocorre no quarto dia depois da morte e é simbolizado pela travessia de uma ponte. Ao chegar à ponte o morto encontra um duplo da sua alma que varia na sua aparência consoante a vida da pessoa foi correcta moralmente ou considerada incorrecta. Se a vida foi correctamente vivida o morto vai encontrar sobre a ponte uma jovem e bonita rapariga que o irá conduzir de forma segura através da ponte e até ao paraíso. Se, pelo contrário, a pessoa procedeu mal durante a vida irá encontrar como seu duplo uma velha desfigurada que o perseguirá até que caia da ponte e mergulhe no inferno. As pessoas cujas boas acções sejam tantas quanto as más ficam restritas a uma espécie de limbo onde não conseguem sentir nem alegria nem tristeza (Davies, 1999).

Nesta cultura o corpo morto é considerado impuro e fonte de contaminação sendo depositado em zonas isoladas sobre pedras até que os animais necrófagos deixem apenas os ossos. Estes são depois reunidos e enterrados num ossário à espera de retornar à vida no dia do julgamento final (de acordo com os Persas a ocorrer

aproximadamente no ano 6.000 d.c), no qual o tempo deixará de existir, todo o mal desaparecerá e, às pessoas que tiverem sido correctas, serão dados corpos belos e indestrutíveis. Os mortos mantêm-se em contacto com o mundo dos vivos através de cerimónias especiais para as quais são invocados (Nigosian, 1993 cit p. Davies, 1999).

### **Sobrenatural e natural**

Algumas evidências das práticas e códigos de conduta médica na Mesopotâmia foram encontradas em placas com inscrições em escrita cuneiforme.

Algumas, datando do ano 2.500 a.c, reconhecem a influência de espíritos e de forças sobrenaturais como causas dominantes de todas as doenças e identificam dois tipos de profissionais de saúde: os “ashipu” ou feiticeiros que conseguiam identificar as entidades sobrenaturais responsáveis pelas doenças e receitar amuletos e fórmulas mágicas para os afastar e os “asu”, conhecedores das propriedades curativas das plantas e especialistas na elaboração de cataplasmas e medicamentos à base de plantas especiais (Price, 2001).

Datadas de 1700 a.c são as leis promulgadas pelo legislador babilónico Hamurabi, entre as quais se encontram alguns aspectos específicos referentes à conduta esperada do médico, recompensas e punições pelo seu desempenho, referências a diferentes tipos de intervenções cirúrgicas praticadas e a cuidados no pós-operatório. Este documento mostra a existência de uma prática médica regulada e complexa que admitia especializações várias (Walker, 1958).

A prática médica decorria em templos construídos em honra dos deuses que contribuíam para a cura e tinha uma forte componente religiosa associada (Price, 2001)

Na cultura clássica greco-romana permanece a crença na vida depois da morte. O mais importante após a morte consiste na preservação da memória dos que morrem, regra geral, através de rituais específicos (refeições partilhadas com o morto, flores, libações de vinho e incenso, etc), mas sobretudo através dos monumentos funerários que espelham a grandiosidade e poder de quem morreu: *“What the greeks hoped to achieve for the dead was remembrance, by strangers as well as kin. The dead did not become ancestors: they became monuments”* (Humphrey, 1981 cit p. Davies, 1999: 140). Gregos e romanos aparentavam ter dúvidas sistemáticas acerca da existência de uma vida depois da morte e os mortos não são integrados nas crenças religiosas como elemento importante.

As práticas funerárias eram variadas nesta época podendo encontrar-se numa mesma povoação rituais funerários distintos envolvendo cremação, disposição dentro de urnas ou ossários em prateleiras de pedra de monumentos com vários andares, sepultamento em máusoleus de grandes dimensões, simples sepultamento do corpo na terra, sepulturas colectivas ou ainda funerais sem corpo, apenas com uma efígie do falecido (Davies, 1999).

As pessoas que morriam, por uma questão de saúde pública, eram levadas para cemitérios fora das cidades e os seus restos depositados nestes de formas distintas consoante o seu estatuto sócio-económico. À família competia, regra geral, pagar as despesas envolvidas no funeral e responsabilizar-se pela realização dos rituais de homenagem ao morto em determinadas alturas específicas, como aniversários ou datas estipuladas pela Sociedade, com visitas regulares ao cemitério e ofertas feitas através de aberturas especiais nas urnas aos mortos. Os rituais fúnebres e a expressão do luto não deveriam exceder um ano e no caso das crianças abaixo dos seis anos apenas um mês era admitido. O luto manifestado para além destes períodos estava sujeito a sanções sociais, sanções pecuniárias. Estas determinações surgiam numa Sociedade em que a esperança média de vida rondava os trinta anos e em que mais de metade de todas as

crianças morria antes de completar 10 anos. O homicídio, infanticídio e suicídio eram práticas correntes e aceites.

A crença dominante era a de que depois da morte o espírito da pessoa transita para um mundo subterrâneo onde a memória da pessoa pode perder-se ou perdurar para todo o sempre, dependendo de como viveu e dos rituais que lhe continuam a ser prestados. A cultura greco-romana foi, no entanto, abundante em posições mais próximas da dúvida do que da crença numa continuidade de vida depois da morte. Apenas a ideia de não ser esquecido parece ser consistentemente mantida nos grandes monumentos construídos, sobretudo por quem detinha suficiente poder económico e social. De uma forma muito diferente dos egípcios a ocorrência da morte não tornava iguais os homens (Davies 1999).

### **Gregos e Romanos na saúde e na doença**

A influência grega na medicina trouxe novas práticas e olhares renovados sobre a causalidade do adoecer. A Grécia, pólo cultural e comercial de grande dimensão histórica, recebeu fortes influências egípcias, babilónicas e indianas, em vários domínios do conhecimento nomeadamente a Medicina. Tendo como pontos fortes o saneamento básico, condutas para fornecimento e drenagem de água, instalações balneares sofisticadas e até sistemas de aquecimento e arrefecimento centrais para as águas, a Grécia reunia bases sólidas para contribuir para a melhoria da saúde global dos seus habitantes (Sournia, 1992).

Hipócrates de Cós, pelo seu exemplo e continuidade, contribuiu para expandir a visão médica até então indissociada da religiosa, apartando-as. A separação entre médicos e sacerdotes no domínio de actividade e serviços prestados permitiu à Medicina tornar-se uma “arte empírica que tinha de ser estudada e conquistada pelo lento processo da experiência e do erro” (Walker, 1958:51).

A prática da observação atenta e da entrevista clínica, a noção de que só existem causas naturais na base do processo de adoecer e morrer, a defesa de medidas gerais para promoção da saúde, a implementação de um código de honra aliado à prática médica e a sistematização do ensino médico, são os seus principais legados e as pedras basilares da Medicina que prospera actualmente no mundo ocidental. Também os contributos filosóficos aliados à Medicina produziram, como é o caso dos tratados escritos por Aristóteles, efeitos muito importantes quando a Europa despertou do torpor intelectual e das pestes que ensombraram a Idade Média.

Após a conquista romana, o florescimento da Medicina grega esmoreceu, salvo em raros contributos como os de Erasístro de Cós, Herófilo de Calcedónia, Galeno ou Celso, quer em Alexandria quer em Roma (Walker, 1958).

A Medicina curativa não era a preocupação dominante dos romanos, embora recorressem frequentemente a médicos da escola grega quando adoeciam.

Os romanos estavam sobretudo orientados para a construção de monumentos e para a conquista de novos territórios. Os seus maiores contributos ao nível da saúde pública, foram ao nível das redes públicas de esgotos e do fornecimento de água potável. Desenvolveram no entanto, uma sistematização dos cuidados que eram prestados aos exércitos em situação de guerra, muito semelhante à que se encontra nos actuais hospitais (Sournia, 1992).

Para o período posterior à Era Clássica, poucos têm sido os contributos que procuraram sistematizar o modo de encarar a morte no Ocidente, que escapem à proposta original de Ariés (1988, 2000). Autores como Kastenbaum e Aisenberg (1983) referem-se sucintamente a alguns períodos desta Era e Davies (1999) termina a sua análise na transição para esta época. Faremos assim uma sinopse histórica com o intuito de identificar as crenças dominantes em cada época no Ocidente.

## **1.2 Da Baixa Idade Média e até ao século XI**

Neste período algumas das crenças de períodos anteriores perduraram. Nomeadamente, a crença na onnipresença dos mortos entre os vivos, sendo a sua presença apenas sentida por aqueles cuja hora da morte se aproximava. A maioria das pessoas acreditava conseguir antever o momento da sua morte, através de visões, premonições ou outros sinais. Neste período surgem inúmeros relatos de pessoas que morriam no dia e na hora que haviam previsto e que para tal se preparavam (Áries, 2000).

A morte era esperada maioritariamente em casa, na cama, e o moribundo encontrava-se rodeado de parentes, amigos e vizinhos, de todas as idades, que vinham despedir-se e prestar a sua última homenagem. O moribundo pedia a todos o perdão e deixava as suas recomendações para os que lhe sucediam nas responsabilidades. O corpo era cuidadosamente embrulhado num lençol e deste modo era sepultado. O corpo era sepultado íntegro sempre por inumação, quer directamente na terra quer em cavidades escavadas na pedra das célebres catacumbas (Davies, 1999).

Nesta época, os cemitérios ou necrópoles, continuariam, embora não por muito tempo, a situar-se fora dos muros das cidades, por influência das crenças greco-romanas de que o corpo morto era elemento impuro e contaminador.

Com a progressiva expansão do cristianismo surgem as crenças numa ressurreição após a morte no dia do juízo final, à semelhança dos persas, no qual todos os Homens têm de prestar contas após a sua morte.. De acordo com estas crenças o sepultamento do corpo é essencial, porque a destruição ou violação de sepultura poder-se-iam traduzir na impossibilidade de conquistar a vida eterna (Davies, 1999).

No final do séc. VI, encontram-se já de forma muito marcada e característica do cristianismo, sepultamentos intra-muros, geralmente nos terrenos adjacentes a igrejas e

basílicas, como forma de assegurar a salvação, pela proximidade da casa de Deus. Uma outra marca distintiva entre o sepultamento de cristãos e não cristãos, para além do local, é a forma mais simples do ritual funerário. Os cristãos do início da Idade Média são sepultados apenas no seu lençol funerário, sem quaisquer pertences ou oferendas, como prova de despojamento dos bens materiais. Este ritual contrasta com a maioria dos observados noutras crenças religiosas onde os que morrem são sepultados: “ *fully clothed and equipped with grave-goods and food*” (Painter, 1989, cit p. Davies, 1999:195).

### **1.3 Do século XI ao século XIV**

A partir do século XI surge uma fase em que o Homem volta a centrar-se na própria morte influenciado pela presença dominante da religião na sua vida. O Homem procura garantias para a vida depois da morte, através de ritos de absolvição dos seus pecados, orações encomendadas pela alma dos que já morreram, esmolas e donativos, missas rezadas após a morte e testamentos para doar os seus bens à Igreja e aos pobres. Estes rituais tornar-se-ão dominantes nos séculos vindouros.

É durante os séculos seguintes que a Europa vai assistir a um dos seus períodos mais penosos em termos de quantidade de vidas perdidas.

Kastenbaum e Aisenberg (1983: 154) chamam-lhe o período da Morte Negra no qual: “As condições de expectativa de vida de curto prazo, presença de cenas de agonia e morte, e desamparo em meio face à catástrofe nunca estiveram em maior evidência”.

Até ao séc. XIV a Europa vai acumular pestes e epidemias por todas as suas regiões, que vão juntamente com a fome e com as guerras gerar uma onda de perda humana sem igual. Crianças, jovens, adultos, velhos, todos morrem de igual forma e em igual número. Pensa-se que as várias pestes terão dizimado um quarto de toda a população mundial humana. Os poucos que sobreviveram ficaram neurologicamente tão deteriorados que deixam de conseguir controlar os seus movimentos de forma voluntária (Kastenbaum e Aisenberg, 1983).

Durante este período, por motivos de saúde pública e de ordem prática, as inumações voltaram a ser realizadas fora dos muros das cidades, os sepultamentos colectivos eram muito comuns e também, sempre que possível, a cremação.

A partir do séc. XIII assiste-se a uma mudança nos rituais funerários, que passam a utilizar o caixão como forma de ocultar o corpo morto da visão.

### **Os séculos das trevas**

Após a queda do Império Romano do ocidente, pensa-se que devida essencialmente à malária e à intoxicação por chumbo (cujo uso estava disseminado nos sistemas de canalização, nos utensílios para confecção de alimentos e até, ironicamente, no fabrico de caixões) e que provocava entre outros sintomas: hipertensão e outras doenças cardiovasculares, apatia e fraqueza muscular, doença renal, infertilidade, bem como intensas cólicas abdominais acompanhadas de desidratação (Brito, 2000; Waldron, 1973 e Nriagu, 1983), a Sociedade ficou sem estrutura governamental agregadora e foi a igreja católica que preencheu esse vazio como autoridade em prol da união entre povos.

A nova autoridade religiosa não fomentou o desenvolvimento científico da Medicina nem de outras áreas do conhecimento e rapidamente prosperaram as superstições e as causas sobrenaturais como forma de explicar os processos de adoecer e morrer.

As doenças passaram a ser encaradas como causadas por possessões demoníacas ou por pecados. As orações e a fé, levadas ao extremo, nos rituais de imposição de mãos e do exorcismo, eram as únicas prescrições autorizadas. Aos frades era proibida, sob pena de excomunhão, a leitura de livros na área da Medicina e o uso de substâncias medicamentosas, quer para si quer para os que procuravam a sua ajuda, uma vez que a prática Médica havia sido banida. O nível educacional era muito baixo até entre membros do clero.



O retrocesso nas medidas úteis para a saúde pública como os sistemas de esgotos e do fornecimento de água potável herdado dos romanos é patente...

Encontram-se poucas exceções à estagnação médico-científica a que se assistiu durante este período da Idade Média. Uma das ilhas de conhecimento preservadas, foi a escola médica de Salerno, que prosperou até ao séc. XIII, onde outrora havia sido uma estância de saúde romana: “um pequeno centro onde a chama da cultura grega continuou a brilhar” (Walker, 1958:77). Nesta escola liberal eram formados de igual modo homens e mulheres, na área das ciências médicas, com base na literatura deixada pelos gregos e por outros povos e culturas como é o caso da islâmica.

Ao longo deste período específico da Idade Média várias epidemias percorreram a Europa provocando perdas irreparáveis de capital humano. A mais conhecida e fulminante foi a peste bubónica ou peste negra, um tipo de febre hemorrágica de rápido contágio que provocava a morte em poucos dias. O sentimento de impotência provocado pela morte rápida e inevitável de todas as pessoas contagiadas, provocou ondas de pânico por toda a Europa, levando toda a estrutura social a desmoronar-se. Perante a ignorância das causas de tal maleita, as práticas em torno da saúde eram essencialmente as ligadas à superstição e ao uso de amuletos. Os poucos médicos que ainda exerciam, prescreviam medidas profiláticas muito pobres e sem consistência como por exemplo: colocar pratos de leite fresco exposto ao ar dentro das casas, para purificar o ar da doença, colocar pão quente sobre os lábios dos moribundos para absorver os venenos da doença e não contagiar ninguém, não pensar na morte, divertir-se, entre outros.

Apenas algumas leis, promulgadas por governantes sensatos vieram a revelar-se eficazes no combate desta e doutras epidemias. A medida mais importante implementada foi a do isolamento compulsivo fora das povoações: 1) das pessoas, mal estas exibiam sintomas de doença por períodos variados, durante os quais eram observadas para verificar se poderiam ou não retornar à Sociedade sem perigo e 2) das pessoas que

chegavam vindas de outras regiões, durante períodos de 40 dias (quarentena), antes de poderem entrar nas povoações, por se terem revelado insuficientes, períodos.

A maior parte das pessoas, por influência da Igreja da época, acreditava que estas epidemias eram castigo de Deus para os pecados da Humanidade. Pecadores eram quase todos, por um motivo ou por outro, havendo um gosto particular da Igreja em atribuir as maiores culpas do castigo divino a bruxas, judeus e oponentes partidários, o que culminou numa das páginas mais sombrias da História: a dos autos-de-fé.

Numa época de ignorância etiológica e perante a morte continuada, muitos dos que não morreram de peste, morreram executados para “afastar” a peste...

#### **1.4 Do Séc. XIV ao Séc. XVIII**

O contacto continuado com a morte e com o cadáver durante as epidemias de peste que assolaram a Europa até ao séc. XIV, deixaram marcas profundas na vida e nos rituais em torno da morte dos homens dos séculos vindouros. Os homens desta época, sentiam que a morte a todos ameaçava de igual forma e que o mais importante era garantir a vida depois da morte e a salvação da alma.

O surgimento do caixão como primeira forma de ocultação do corpo constitui um de muitos outros rituais florescentes. Um deles será o uso de mortalhas que, mesmo dentro do caixão, ocultam todo o corpo e até o rosto mantendo a tradição cristã primitiva de envolver o cadáver num lençol. Também se passou a usar uma cobertura em cima do caixão (*pallium*). A visão do morto é substituída pela visão de estátuas de corpo inteiro ou só o busto, feitas com base em moldes retirados logo após a morte e que depois são colocadas sobre o caixão fechado e coberto, denominadas “representantes”. Outras vezes uma imagem da pessoa falecida era pintada na parte exterior do caixão. Desta forma a pessoa estaria presente sem que a visão do corpo morto fosse necessária (Ariés, 2000).

Outro dos rituais instituído de forma regular nesta época, será o de rezar missas por alma da pessoa falecida, sendo que em muitos casos as pessoas, antes de falecer, expressavam nos seus testamentos o número de missas que desejavam fossem rezadas pela sua alma depois da morte. Ciclos regulares de missas começavam no momento em que a pessoa morria e podiam prolongar-se durante vários anos, conforme os desejos e posses da família da pessoa falecida.

O corpo é agora levado para uma igreja até ao momento do enterro e passa a ser realizado um serviço fúnebre que compreende sempre uma missa de corpo presente e um ritual de vigília do corpo.

As missas podiam ser pagas através de doações testamentárias em dinheiro ou mais frequentemente em bens (ex. casas, terrenos, etc) ou ainda ser a família sobrevivente a garantir o pagamento destas obrigações (Ariés, 2000).

O medo predominante, entre os séculos XVII e XVIII, era o de se ser enterrado vivo. Deste receio, também vão emergir vários ritos e cerimónias para atrasar o sepultamento, tais como velórios de 48 ou mais horas.

Relativamente à prática da inumação, o costume prevalecente nesta época será o de fazer enterrar os corpos em caixões de chumbo, nas caves das igrejas ou no terreno adjacente à igreja, recobertos por uma laje funerária mais ou menos elaborada. As inscrições anteriormente colocadas junto ao túmulo, são agora gravadas na pedra tumular. Nestas inscrições constavam, para além da identificação do falecido, as doações que havia realizado e os compromissos assumidos pelos familiares do morto face à Igreja.

Só no final do séc. XVIII tenderá a voltar a inumação em cemitérios devido ao aumento da população. Quer nos cemitérios dos terrenos adjacentes às igrejas, quer nos novos cemitérios, começam a emergir estátuas e ornamentos esculpidos a acompanhar a laje funerária (ex: anjos, caveiras e ossos, livros). Surgem igualmente de forma disseminada

os epitáfios alusivos à efemeridade da vida e ao nada a que a morte reduz todos. Verifica-se uma progressiva descristianização dos rituais.

### **Despertares**

O recrudescimento das epidemias, permitiu o lento retomar de alguma ordem social e o resurgimento do espírito investigativo que precedeu a Idade Média na tradição grega clássica. Dois contributos de ordem diferente podem ter possibilitado esta mudança: 1) através da invenção da imprensa muitas das obras clássicas manuscritas, até então abertas apenas a núcleos intelectuais muito restritos, tornaram-se mais acessíveis e de circulação mais alargada e 2) através do contacto com culturas não-europeias, através dos descobrimentos, novas formas de pensar ajudaram a quebrar a inércia intelectual da Idade Média (Walker, 1958).

O estudo da Anatomia e da Fisiologia começou a interessar espíritos mais inquisitivos e menos temerosos. Os tempos em que seriam julgados pela Igreja e excomungados por pensar de outro modo, ainda não se tinham dissipado inteiramente e jovens médicos e barbeiros-cirurgiões como André Vesálio, Ambroise Paré, Paracelso, Thomas Linacre ou John Caius abriram, com o seu esforço e enfrentando muitas dificuldades, caminhos que permitiram pensar o corpo-humano e a medicina curativa como dignos de um olhar objectivo e científico. Durante o séc. XVII novas dimensões até então desconhecidas da Medicina vão emergir através dos sistemas de ampliação inicialmente estudados por Galileu e mais tarde desenvolvidos até ao aspecto de um microscópio devido ao trabalho sistematizado de nomes como Marcello Malpighy e Van Leeuwenhoek. Surgiram durante estes séculos numerosos inventos que ainda nos acompanham: o termómetro, o estetoscópio, o *focéps*. Foram igualmente os anos que permitiram conhecer funções orgânicas até então mal conhecidas como a circulação sanguínea, os processos digestivos, o funcionamento muscular e toda a fisiologia em geral (Moreno, 1998).

Isaac Newton através do estudo das leis universais da existência física, Antoine Lavoisier pelas suas experiências no âmbito dos processos químicos subjacentes à respiração e combustão e René Descartes pela sua postura filosófica acerca do corpo humano como “uma máquina engenhosa” (Walker, 1958: 154), vão promover um olhar desprovido de intervenção divina sobre o mundo e uma visão mais materialista do ser humano.

Estes séculos trouxeram consigo contributos de intensa dedicação e incansável busca de compreensão para a parte física associada à vida, ao adoecer e à morte. No final do séc XVIII os primeiros ecos destas descobertas começavam a chegar ao conhecimento público com aplicação prática na melhoria dos cuidados prestados aos pacientes.

## **1.5 O Século XIX**

A partir do séc. XIX, a morte passa a ser vista como mais romântica pois permite a reunião dos seres que se amam. Existe uma marcada crença na vida para além da morte, embora se dissipe a ideia de Juízo Final ou a de Purgatório. A morte traduz agora a possibilidade de evasão e de libertação da alma.

Surgem vários movimentos, na maior parte das vezes alternativos, à religião católica, que enquadram de forma natural a crença na continuidade da vida depois da morte e na capacidade dos que estão vivos comunicarem com os espíritos dos que já morreram. Surge um interesse crescente nas experiências envolvendo a questão da sobrevivência da alma, expresso em inúmeras obras publicadas durante este século e durante as primeiras décadas do séc. XX. A Sociedade dos Fantasma, fundada em 1852 por Edmund Benson, é disto exemplo (Ariés, 1988).

Um outro aspecto interessante nesta época é o desaparecimento das cláusulas piedosas dos testamentos e a maior simplicidade nos rituais funerários. Em séculos anteriores era expectável que a pessoa no momento da morte colocasse ao dispor da Igreja as suas posses, como forma de demonstrar o seu desprendimento e humildade e assim ser

favorecida no momento da sua morte. No séc. XIX, as relações familiares tornam-se mais estreitas e os testamentos que distribuem os bens materiais, para além de os destinarem essencialmente aos que são próximos, passam a ser cartas mais informais, destinadas à família e amigos próximos, em que a pessoa antes de falecer expressa os seus desejos e sobretudo o seu afecto pelos que deixa vivos.

Cultiva-se a recordação dos mortos com grande intensidade afectiva, outrora inusitada (ex: fotografias dos mortos expostas, jóias de recordação em forma de medalhões, com uma fotografia e madeixas do cabelo da pessoa falecida e igualmente anéis e pulseiras entrelaçados com os cabelos da pessoa).

Durante o séc. XIX a imagem de um céu e de um purgatório apresentadas pela Igreja vão perder adeptos entre os que preferem pensar a morte como a possibilidade de reencontrar os seus mortos.

A transição para a morte é feita, regra geral, no seio familiar e apresenta-se igualmente como um ritual social no qual as pessoas, que conhecem quem está a morrer, visitam a sua casa para se despedirem e ouvirem as suas últimas palavras e desejos.

Os cemitérios são, a partir do séc. XIX, maioritariamente amplas zonas públicas próximas das povoações e providas de espaços verdes, onde as pessoas podem permanecer, durante algum tempo, junto dos restos mortais dos seus entes queridos (Ariés, 1988). Junto das campas surgem de modo mais disseminado as cruzes em pedra, as esculturas representando as pessoas (sobretudo crianças) em tamanho real e os jazigos familiares que assumem a forma de pequenas igrejas ou capelas, lembrando o tempo em que os corpos aí eram inumados em séculos anteriores.

### O século da especialização

O século XIX, traz uma fase de amplificação de especialização do progresso científico, coincidente com o período que compreende a revolução industrial: *“Medicine had been scientific in intention for a long time. But only during the nineteenth century did it become to a large extent scientific in fact”* (Ackerknecht, 1982:145).

Ao longo do séc. XIX grandes avanços científicos ocorreram ao nível da imunização com as descobertas de Pasteur, Koch e Lister, da compreensão da vida ao nível celular com Schwann, von Mohl, Goodsir e Virchow e do entendimento de mecanismos de contágio de doenças com Henle. Grandes avanços foram igualmente conseguidos em campos como os da Microbiologia, Histologia, Embriologia, Fisiologia, Patologia, Endocrinologia. Encontra-se uma nova face: a da Medicina laboratorial.

Outro dos contributos mais importantes para a actual prestação de cuidados científicos surge com a descoberta dos raios-X feita por Von Rontgen, e estudada meticulosamente por Marie e Pierre Curie até vir a tomar a forma visível da Radioterapia.

A Anestesia torna-se uma realidade com tentativas cada vez mais próximas da realidade actual. Da prática mais ancestral recorrendo a bebidas alcoólicas ou ao ópio, surgiram sucessivas tentativas recorrendo ao éter, ao protóxido de azoto, à cocaína e mais tarde ao clorofórmio (Sournia, 1992).

Ao nível dos cuidados prestados em áreas de especialidades médicas, grandes avanços foram produzidos globalmente ao nível da assepsia com a esterilização e especificamente ao nível das técnicas e conhecimentos em Ginecologia e Obstetrícia, sendo a cesariana estabelecida como um procedimento cirúrgico de rotina durante o século XIX, em Ortopedia, Oftalmologia, Otorrinolaringologia e Pediatria (Ackerknecht, 1982).

A profissão de Enfermagem surge nesta época com a primeira escola de enfermagem a emergir na Alemanha pela iniciativa de um pastor protestante, Theodor Fliedner, cujo empreendimento influencia a jovem Florence Nightingale que tornou possível o exercício profissional da enfermagem em Inglaterra associada ao ensino específico e sistematizado e não apenas uma obra de caridade realizada por religiosas sem preparação, como havia sido desde a idade média (Walker, 1958).

Também no séc. XIX assistimos a movimentos sociais que procuravam implementar mudanças importantes no campo da saúde pública sendo dois dos mais importantes contributos os desenvolvidos por Johann Frank e Edwin Chadwick. Estes alertaram para as relações entre a pobreza e a doença e para a necessidade de desenvolver de forma sistematizada o saneamento básico e a higiene, bem como proporcionar um acesso global das populações à saúde. John Simon vai alargar as suas preocupações fazendo o levantamento estatístico das principais causas de mortalidade das populações da época bem como realizar um estudo aprofundado dos elementos tóxicos em meio laboral industrial.

Os primeiros hospitais orientados para a prestação de cuidados curativos mais especializados vão ganhar relevo durante o séc. XIX, permitindo concentrar num só local vários profissionais de saúde e diferentes unidades de cuidados. Inicialmente estabelecidos em torno de ordens religiosas será no século seguinte, sobretudo a partir da primeira grande guerra mundial, que se irão tornar entidades separadas da prática religiosa.



## 1.6 O Século XX

Segundo Ariés (1988: 309): “Ainda no início do século XX (...) a morte de um homem modificava solenemente o espaço e o tempo de um grupo social que podia estender-se à comunidade toda”.

Este panorama vai, no entanto, sofrer alterações cada vez mais visíveis na sequência da I Grande Guerra Mundial. Estas mudanças instalar-se-ão na Sociedade de forma mais definitiva após a II Grande Guerra Mundial, mostrando tudo o que duas guerras podem produzir ao nível da mudança de atitudes e rituais perante a morte, num mesmo século.

Uma das maiores alterações ocorrida reside no Hospital passar a ser o local mais comum da morte ao invés da casa familiar. O hospital do séc. XX, começou por ser o local onde a cura pode ocorrer e transformou-se rapidamente no espaço normal da morte antecipada e consumada. Neste local a morte quase passa despercebida e a família muitas vezes não consegue estar presente nos momentos de agonia e morte.

Gorer (1965), num estudo com base em inquéritos realizado em Inglaterra, constatou diversos aspectos importantes relacionados com as grandes alterações em torno da vivência da morte e dos seus rituais no século XX. Verificou que apenas um quarto das pessoas enlutadas presenciou o momento da morte dos seus familiares mais próximos no hospital; 70% das pessoas inquiridas não tinha participado em qualquer funeral há mais de cinco anos; a prática corrente era a de excluir crianças e adolescentes dos funerais, mesmo quando se tratava do dos seus próprios pais e ocultar-lhes a verdade sobre o sucedido.

Esta prática do evitamento da morte inclui, de uma forma inusitada, a própria pessoa que está a morrer. Se até ao séc. XX um sacerdote estava sempre presente durante a agonia consciente ministrando a “extrema-unção”, durante o decorrer deste século e para que o moribundo não perceba a gravidade do seu estado, o sacerdote só se aproxima depois do paciente estar inconsciente ou morto. A própria Igreja modifica a denominação

“extrema – unção” e passando a chamar-lhe “sacramento dos doentes”, para não suscitar na pessoa que a recebe a consciência de uma morte iminente.

A tentativa de manter as pessoas que estão em final de vida ignorantes da gravidade do seu estado, impõe uma alteração aos rituais familiares de despedida no momento da morte. Agora a pessoa morre sem saber ou, na melhor das hipóteses, sem poder dizer que sabe que está a morrer.

A boa morte é a que não se pressente e passa despercebida, como morrer a dormir, apenas com um breve suspiro a anunciar o termo da vida.

Durante o século XX, assiste-se igualmente a uma pressão da Sociedade, no sentido de suprimir a manifestação pública do luto, bem como a sua expressão privada “demasiado” insistente e longa. A pessoa enlutada é votada ao isolamento social, como se estivesse sujeita a um período de quarentena. Há uma recusa do tema da morte, como se fosse contagioso, “como se cada Homem, perante a morte dos seus semelhantes, tivesse a antevisão da sua própria morte” (Bernardo, 1999: 3)

O silêncio tornou-se a atitude mais comum no confronto com a morte (Lutfey e Maynard, 1998) e a morte foi reduzida a um momento de passagem biológica, desprovida de significado, que não despedaça nem perturba os que ouvem dela falar e que não provoca angústia nos sobreviventes, “Morrer tornou-se um acto solitário e impessoal” (Kubler Ross, 1991: 19)

Já poucos são os que falam, sem ser no espaço restrito de um consultório de uma especialidade aceitável e sujeita a sigilo profissional, de imagens reconfortantes dos que já morreram ou os que dizem esperar um reencontro com os que amam depois da morte. Céu e inferno são agora vultos desmaiados nas crenças da Humanidade. Também a crença numa continuidade da vida depois da morte ganha o cunho próprio de uma seita indesejável.

A Ciência do século XX ditou barreiras físicas concretas sem as quais a vida ou qualquer expressão da mesma não podem existir.

As consequências desta atitude global, que tem implicações concretas na forma como vivemos e como percebemos a morte, só agora começam a emergir. Esta investigação gira em torno destas consequências para as pessoas que mais de perto têm de lidar com a morte: os profissionais de saúde.

### **O século da aplicação**

O que até ao séc. XX, no âmbito da saúde, tinham sido essencialmente boas ideias e movimentos caritativos, durante este século tornaram-se concretizações e instituições com grande impacto social e político.

A imunização por vacinação tornar-se-á uma prática pouco antes da I Guerra Mundial para os que vão combater. Descobertas adicionais neste campo vão proporcionar o desenvolvimento da vacina BCG para a tuberculose e das sulfamidas para combater diversos tipos de infeções bacterianas. O combate às infeções é o avanço mais importante durante o século XX e torna-se ainda mais significativo com a descoberta da penicilina por Alexander Flemming. É o século dos antibióticos e da esperança de vida sem precedentes históricos.

Surgem os primeiros movimentos com impacto mundial para implementar medidas de prevenção e combate a todas as doenças anteriormente existentes e aos novos problemas que emergem. Surge assim, em 1923, a Organização da Higiene que será substituída em 1948 pela Organização Mundial de Saúde que perdura como a agência oficial de coordenação e vigilância no campo da saúde a nível mundial. Neste século a saúde passará a ser encarada, na maior parte dos países, como um dos mais importantes direitos do Homem, independentemente de todas as suas circunstâncias pessoais, sociais, culturais ou económicas.

Neste século as tecnologias em torno da saúde tornaram-se mais complexas e disseminadas, bem como a formação dos profissionais necessários ao seu uso correcto. A ciência farmacêutica anteriormente rudimentar, tornou-se uma indústria de enorme impacto na vida social e económica dos respectivos países. O movimento de industrialização que caracterizou a maior parte do século XX estendeu-se também à saúde com a consequente hiper-especialização funcional, tecnologização na interface entre o prestador de serviço e o utente ou cliente (cada vez menos designado por “doente”). Surgem os sistemas de saúde organizados de forma mais definitiva em torno de hospitais e centros de saúde, tornando o cuidar num processo organizado e centralizado.

O desenvolvimento das práticas de saúde no século XX provocou grandes alterações nos padrões do adoecer e morrer. O que anteriormente tinham sido padrões de doenças infecciosas e parasitárias, doenças provocadas por falta de higiene e sanidade do meio ambiente e por carências nutricionais, elevada mortalidade infantil e materna e baixa esperança de vida, transformaram-se durante o século XX em padrões de adoecer crónico e degenerativo, em aumento de doenças mentais e de doenças relacionadas com o consumo excessivo de álcool e drogas, doenças associadas ao sedentarismo e à alimentação inadequada, traumatismos e mortalidade associados a acidentes rodoviários, profissionais e domésticos, emergência de doenças resistentes aos antibióticos actuais, entre outras. A actualidade caracteriza-se por um aumento significativo da esperança média de vida e redução muito significativa nas taxas de mortalidade infantil e materna. A morte surge agora sob novas formas a que os profissionais de saúde têm de se ajustar. Com os padrões degenerativos a morte torna-se frequentemente um processo longamente antecipado, partilhado num “ir morrendo” com os profissionais de saúde.

Ao nível dos sistemas de saúde vai surgir pela primeira vez em Londres, pela mão de Cecily Saunders um movimento organizado em torno dos cuidados paliativos, como uma nova expressão de cuidar da saúde. Desde o final dos anos 1960, data da fundação do

Saint Christopher's Hospice, a primeira instituição hospitalar destinada a prestar cuidados especializados de saúde na fase final de vida, e até aos dias de hoje, assiste-se à visível proliferação de instituições e serviços destinados a prestar estes cuidados ao maior número possível de pessoas.

O surgimento dos cuidados paliativos (ou continuados) impõe aos profissionais de saúde uma quebra na atitude face à morte. Agora, para bem tratar dos vivos, os profissionais de saúde nesta área têm de incluir a aceitação da morte na equação dos cuidados a prestar.

## **1.7 O Século XXI**

Embora apenas sete anos tenham decorrido sobre o início deste século, há alguns sinais de continuidade ou progressivo desenvolvimento de tendências dos finais do século XX que parecem esboçar linhas de probabilidade histórica no cuidar da saúde dos anos vindouros.

A manterem-se as actuais condições sócio-económicas e físicas mas também as culturais do mundo ocidental a taxa de natalidade continuará a diminuir, acompanhada do aumento da esperança de vida até níveis outrora apenas idealizados. Novos desafios se colocam à Humanidade no seu eterno confronto com o sentido da sua vida e com a morte.

Quando observamos a História que nos guiou até ao presente, no que respeita a vida e a morte, compreendemos que o maior domínio sobre as nossas próprias causas de morte e o aumento da especialização em torno dos cuidados de saúde, trouxe outras consequências sem ser apenas o aumento da saúde, a redução da mortalidade ou o aumento significativo dos anos que vivemos. Trouxe igualmente um vazio associado ao afastamento da família e da comunidade no acto de cuidar na vida e na morte. Trouxe uma diluição na relação humana associada ao cuidar do outro, preenchido agora por

outras formas de comunicar em números e sons emitidos por máquinas que sondam o corpo alheias ao pudor ou às emoções humanas.

Quase tudo mudou e apenas as mesmas e incansáveis questões continuam por responder.

Em Portugal, movimentos como os que acompanham os cuidados paliativos, actualmente integrados nos cuidados continuados, começam a despertar mesmo os mais adormecidos. Formações em diversas áreas em torno da morte e do luto emergem onde, até há poucos anos, apenas era tolerado falar da vida. Prémios atribuídos por empresas farmacêuticas conceituadas começam a investigar novos domínios não explorados pela ciência e as fronteiras do conhecimento e da intervenção na saúde alargam-se à medida que os preconceitos morais e dogmas científicos são descartados.

O aumento da consciência da mortalidade poderá trazer-nos durante este século o melhor do que já construímos em séculos anteriores: a noção plena das nossas fraquezas transformadas pelas nossas forças.

## II – OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE PERANTE A VIDA E A MORTE

*“É possível que aqueles que compreendem que a vida é frágil sejam os únicos a saber até que ponto ela é preciosa.”*

(Sogyal Rinpoche, 2001: 42)

### 2.1 O hospital como lugar da morte

A transição das pessoas que estão em condições graves de saúde para locais específicos onde podem ser assistidas por profissionais especializados, foi ocorrendo de forma gradual mas persistente desde o final do séc. XIX. Esta transição coincidiu inicialmente com a necessidade e vontade governamental de melhorar a saúde (e produtividade) de trabalhadores essenciais ao desenvolvimento dos países na fase da Revolução Industrial e das grandes construções (ex: Canal do Panamá). Acompanhou também as motivações da época de manter exércitos com homens saudáveis e em número suficiente, nas grandes guerras travadas, numa época em que as doenças infecto-contagiosas causavam maior mortalidade do que os próprios ferimentos de guerra (Simões, 2004).

As respostas a estas e outras necessidades específicas (e.g. epidemias várias), acompanhadas pelo desenvolvimento de técnicas inovadoras essenciais como a ventilação artificial ou a ressuscitação cardio-respiratória e a descoberta de medicamentos eficazes em casos graves, proporcionaram cuidados de saúde mais alargados à restante população dos países que se iam desenvolvendo, na denominada transição para a segunda era da saúde pública e, gradualmente, as medidas de excepção tornaram-se acessíveis a todos (Seymor, 2001).

A centralização dos cuidados de saúde em locais como os Hospitais ou os Centros de Saúde, veio permitir dois grandes factores de melhoria e avanço dos cuidados de saúde proporcionados às populações: a disponibilidade em permanência, num mesmo local, de pessoas especializadas e tecnologias mais avançadas, para a prestação de cuidados de saúde e, a maior experiência (conhecimento) acumulada, devido à exposição dos profissionais de saúde a maior número de casos clínicos, do que alguma vez se teve acesso em pequenas comunidades.

A transição do local de morte, de casa para o hospital, ocorreu porque as pessoas começaram a sentir que este era o local onde mais recursos humanos e tecnológicos estavam disponíveis, para evitar que a morte evitável ocorresse. Aconteceu, devido a um sentimento de maior segurança por se saberem acompanhados num Hospital, não para aí sofrerem e morrerem mas precisamente para que não tivessem de sofrer nem de morrer naquele momento (Krakauer, 1996).

A ocorrência da morte nos Hospitais deveu-se sobretudo à impossibilidade médica e humana de impedir a morte, sobretudo se as situações clínicas fossem muito comprometedoras da vida. Com o passar dos anos verificou-se um fenómeno distinto que transferiu definitivamente a morte, outrora era esperada em casa, para os Hospitais.

Paulatinamente, as famílias, com a maior parte dos seus membros a trabalhar fora de casa e sem tempo disponível para cuidar dos seus entes queridos em fase final de vida, perderam o hábito de lidar proximamente com a morte e a sentir que era uma tarefa que não se encontravam preparados para desempenhar. Gerou-se um movimento que fez com que as famílias acreditassem que trazer os seus familiares, em fase final de vida, para morrer no Hospital, com menor sofrimento e menor impacto na vida familiar, era o melhor que podiam fazer. Os hospitais assumiram progressivamente a imagem de um local adequado para uma melhor morte que, por consequência, passou a estar mais remota e oculta do olhar de todos que não exercem funções profissionais no contexto hospitalar.



Aos profissionais de saúde passaram a caber funções tão variadas quanto complexas no cuidar de pessoas externas à sua família: diagnosticar, tratar, aplicar procedimentos técnicos não lineares, cuidar da higiene, conforto e alimentação do utente, aliviar eficazmente o seu sofrimento, ouvir e relacionar-se com o paciente, ouvir e relacionar-se com a família do paciente, dar notícias difíceis, ajudar a pessoa a morrer da melhor maneira possível, estar ao seu lado no momento da morte, ajudar a família a lidar com o impacto da morte de um ente querido, lavar e preparar o seu corpo depois da morte, tratar dos procedimentos burocráticos associados à confirmação da morte, organizar a transição do corpo para outros profissionais de saúde responsáveis pelas autópsias e por outras averiguações relativas às causas de morte ou para as agências funerárias, entre tantas outras (SPAF, 1999).

Os profissionais de saúde e os hospitais tornaram-se assim, fruto das circunstâncias, nos maiores responsáveis pelo curso da vida e da morte. As consequências foram e são significativas para os profissionais de saúde cada vez mais onerados e divididos em novos papéis, que já não conseguem partilhar com as famílias. As consequências afectam igualmente as próprias pessoas que estão a morrer a quem o meio hospitalar retira a possibilidade de escolher uma outra forma ou lugar para morrer.

Numa formação para profissionais de saúde, na área do Luto, ministrada por Marie Die Trill, em 2000, afirmou que nunca tinha, ao longo de toda a sua experiência em formação, encontrado uma só pessoa (mesmo entre os profissionais de saúde) que, perante um exercício em que era pedido que visualizasse o seu momento de morte e o local onde gostava de se encontrar nesse momento, lhe tivesse dito que se imaginava a morrer num hospital. No entanto é o lugar onde certamente a maioria das pessoas irá morrer, ainda que o não deseje. De acordo com Moscovitz e Nelson (1995, p.3), para muitos indivíduos, o desfecho provável será o de: *“spend their final days surrounded by the technologies of medicine, embedded in a highly specialized, sophisticated setting”*.

Os relatos históricos de pessoas que percebiam o momento em que iam morrer e que para tal se preparavam, rodeadas de família e amigos, são hoje a exceção. No presente, uma situação clínica que conduza à morte pode ser estabilizada e regulada, adiando o que seria o momento da morte em dias, semanas, meses e até anos, através do uso de fármacos e de tecnologias de suporte da vida: *“Grâce à la sophistication croissante de l’investigation bio-médicale, les critères du mourir de multiplient, se complexifient, s’affirment, se cumulent nécessairement (...), curieusement le scientifique a perdu la mort. Ou moin, celle-ci n’a plus de définition”* (Thomas, 1992 : p.6). O que nalguns casos pode ser a diferença entre uma vida melhor e a morte, em muitos acaba por se tornar um adiar doloroso de um desfecho inevitável: *“life-saving therapies have also become a means of prolonging the pain and misery of terminal illness for many”* (Le Fanu, 1999, p.259).

A morte tem-se tornado, salvo quando fulminante, numa instância programada, decidida e assistida por pessoas que geralmente preferiam não ter de o fazer e que sofrem por ter de decidir aquilo que regra geral deixávamos para entidade transcendentes (“os Seres Superiores”, o destino, o acaso ou qualquer outra forma de representação metafísica determinava.

## **2.2 O papel dos profissionais de saúde perante a morte**

As profissões na área da saúde contêm em si os dois lados de uma mesma moeda. Se, por um lado, são profissões desde há longos séculos consideradas como das mais nobres e importantes para a Humanidade como um todo, por outro *“health professionals appear to have a disproportionate share of stress – related difficulties”* (Maslach e Jackson, 1982: 227)

Uma parte substancial do stress vivido pelos profissionais de saúde advém do contacto com pacientes que estão a morrer: *“because death is viewed as an adversary to be fought and overcome, a dying patient becomes a visible sign of the practitioner’s failure*

*and powerlessness (...). Dying patients can also arouse disturbing thoughts about one's own death or the death of significant others"* (Maslach e Jackson, 1982: 233)

Nos profissionais de saúde multiplica-se sobretudo, e de forma muito significativa, a exposição ao sofrimento e à perda, quando comparados com pessoas desempenhando outros papéis profissionais (Kovács, 1991; McNamara, Waddel e Colvin, 1995).

Acrescentar o contacto persistente com a morte, a um papel profissional, que tem como principal objectivo, transmitido consistentemente ao longo da formação básica e no juramento de licenciatura, lutar por preservar a vida, pode tornar-se particularmente problemático e fazer emergir dúvidas acerca do seu papel efectivo na prestação de cuidados (McIntyre, 1994).

Ao longo de toda a sua formação, o jovem profissional de saúde é preparado académica e profissionalmente para salvar pacientes, para lhes retirar a dor, o sofrimento e a doença. Quando confrontados com situações em que os seus esforços profissionais não conseguem conduzir o paciente a nenhum dos cenários idealizados, o profissional de saúde vai sentir-se pouco capaz e desiludido. Em serviços com elevada taxa de mortalidade, o sentimento torna-se mais prevacente e pode contribuir para o aumento do stress vivido pelo indivíduo: *"repeated failure □ me been hypothesized to induce emotional disturbances such as anxiety, stress and depression"* (Maslach e Jackson, 1982: 236)

Outros aspectos desgastantes inerentes ao desempenho do papel profissional nas áreas da saúde decorrem da necessidade e responsabilidade de prestar cuidados de natureza muito especializada; de ter de estar constantemente actualizado perante a crescente complexidade farmacológica e tecnológica associada ao processo de cuidar; de trabalhar um excessivo número de horas; de trabalhar por turnos rotativos dificilmente conciliáveis com as necessidades físicas, sociais e familiares do indivíduo; de ter, por vezes, de infligir dor e sofrimento intrínsecos a alguns dos cuidados prestados, entre outros (Lederberg, 1990; McIntyre, 1999; Antunes, 2001).

Quando a natureza específica dos cuidados a prestar implica um contacto continuado com a dor, o sofrimento e a morte dos pacientes, os profissionais de saúde ficam particularmente onerados uma vez que por si só o papel profissional já os expõe a múltiplos factores que contribuem para o seu progressivo desgaste físico e emocional, pela complexidade e diversidade de funções que têm de desempenhar (Brunton, 2005; Redinbaugh, Schuerger, Weiss, Brufsky e Arnold, 2001; Hansell, 1998).

Para averiguar em que medida o contacto com pacientes aumenta o desgaste do profissional de saúde, Maslach e Jackson (1982), aplicaram o MBI (Maslach Burnout Inventory) de Maslach (1979) a médicos exercendo em áreas com diferentes graus de contacto directo com pacientes. Concluíram que os médicos com valores globalmente mais elevados de exaustão emocional eram os que passavam em média mais tempo em contacto com os pacientes. Os que dedicavam a maior parte do seu tempo a outras actividades (e.g. ensino, administração, etc) apresentavam níveis significativamente mais baixos de exaustão emocional.

De forma semelhante, Sabo (2006) defende o quão importante é reconhecer o desgaste provocado pelo cuidar as pessoas em sofrimento e em final de vida e suas consequências físicas e psicológicas no profissional de saúde. Argumenta que os profissionais de saúde nestas áreas sofrem frequentemente do que designa por stress traumático secundário ou fadiga por compaixão (*compassion fatigue*) sem que sejam apoiados devidamente.

Goodkin, Baldewicz, Blaney, Asthan, Kumar, Shapshak, Leeds, Burkhalter, Rigg, Tyll, Cohen e Zheng (2004) alertam ainda para um risco acrescido para os profissionais de saúde em contacto com a morte, porque a exposição a um número significativo de perdas diminui a eficiência das respostas imunológicas a infecções e aumenta significativamente a probabilidade de uma situação clínica pré-existente piorar.

## **2.3 Consequências estudadas da exposição à morte e a outros aspectos stressantes nas profissões de saúde**

Muitos estudos parecem demonstrar que a proximidade com a morte é uma das maiores fontes de *stress* mencionadas pelos profissionais de saúde quando se referem ao desgaste provocado pela sua profissão (Redinbaugh et al, 2001). Procederemos a uma revisão de alguns dos estudos mais relevantes para o presente trabalho. Por uma questão de organização dos contributos, separamos os que incidem estritamente sobre populações de médicos e ou enfermeiros dos que abrangem outros grupos ocupacionais dentro das áreas de maior exposição à morte, ainda que possam igualmente incluir amostras de enfermeiros e médicos.

### **2.3.1 Estudos incidindo sobre médicos e enfermeiros**

O contacto com situações crónicas graves ou para as quais já se esgotaram os recursos médicos e terapêuticos disponíveis, desencadeia muitas vezes desmotivação e perda de sentido nas vidas de médicos e enfermeiros. Para além do contacto com a morte antecipada, a morte efectiva de pacientes com os quais os profissionais de saúde tinham relações mais próximas, a morte de pacientes que não se conseguiram curar apesar de todos os esforços realizados, a morte de pacientes jovens ou as mortes ocorridas com menos dignidade do que a que se desejava, podem gerar níveis elevados de angústia nos profissionais de saúde. Para Redinbaugh et al (2001, p.187) *"Persistent exposure to patient death can increase the daily work strain experienced by health care professionals and lead to a profound sense of grief"*.

Um estudo de Artiss e Levine (1973) demonstrou que os médicos, sobretudo no início de carreira, apresentam níveis de ansiedade e depressão muito significativos associados ao trabalho desenvolvido em serviços em que têm de cuidar e relacionar-se proximamente com doentes terminais e suas famílias.

Lyal, Vachon e Rogers (1976) reportaram que os enfermeiros recém-chegados a uma unidade de cuidados paliativos apresentavam níveis de angústia semelhantes aos de viúvas recentes e aos de pacientes sujeitos a radioterapia para tratar um cancro de mama recentemente diagnosticado

Numa linha de investigação semelhante, Feldstein e Gemma (1995) realizaram um estudo com 50 enfermeiras a desenvolver actividade profissional em serviços de oncologia de adultos. Constataram que os níveis de angústia, isolamento social e somatização apresentados nas respostas ao *Grief Experience Inventory* (GEI) de Sanders, Mauger e Stong (1978, cit p. Feldstein e Gemma, 1995) eram significativamente mais elevados do que os apresentados por viúvas recentes.

Queirós (1999) constatou que, após a perda de um doente, alguns médicos e enfermeiros necessitavam eles próprios de apoio para conseguir voltar a prestar cuidados a pacientes em final de vida, devido ao processo de luto a que estavam sujeitos continuamente.

Irwin (2000) também verificou, em estudos de caso realizados com enfermeiras a trabalhar em lares de terceira idade, que as múltiplas perdas a que estavam sujeitas constituíam o aspecto a que atribuíam o estatuto de factor de maior desgaste emocional, sobretudo as mortes dos pacientes com quem tinham maior proximidade relacional.

Revicki e Whitley (1995: 256) num estudo transversal com 1119 jovens médicos a realizar o seu internato em serviços de urgência, mostraram que estes apresentavam níveis significativamente elevados de stress relacionados com o seu trabalho e que: “...*work-related stress was strongly related to the development of depression symptoms*”. Um dos elementos que os indivíduos em causa reportavam ser dos aspectos que mais contribuía para o seu stress ocupacional, consistia na incerteza sentida diariamente no desempenho das suas funções. Para os autores, esta incerteza deriva de vários aspectos entre os quais se encontra o contacto com a morte: “*Working with intensely emotional aspects of medical care, such as suffering, fear and death and handling difficult patients, contributes to uncertainty within medical practices*” (Revicki e Whitley (1995: 247).

Um outro estudo realizado através de entrevistas a 30 médicos oncologistas brasileiros, por Klafke (1991) constatou que cerca de 50% destes médicos admitia sentir dificuldades na comunicação com os seus pacientes terminais, por não saber o que dizer e 80% afirmavam apresentar sentimentos negativos associados ao contacto com os seus pacientes terminais, nomeadamente: impotência, tristeza, frustração, revolta, ansiedade, depressão, angústia e desgaste emocional.

Procurando avaliar outros comportamentos associados ao contacto difícil com a morte por parte dos profissionais de saúde com formação médica, Ellison e Ptacek (2002) realizaram um inquérito a 143 médicos acerca das suas práticas quanto ao contacto com os familiares dos seus pacientes após o seu falecimento. Constataram que a maioria dos médicos a exercer em cuidados paliativos, na sequência do falecimento de um paciente, evitava qualquer contacto adicional com a família (e.g. Através de um telefonema, cartão de condolências, participação no ritual funerário ou visita a casa), sobretudo se esta implicasse um contacto presencial. Curiosamente constataram que o número de anos de experiência ou um maior número de pacientes falecidos não modificava o comportamento dos médicos face ao contacto com a família depois da morte do paciente: “...*the physicians who experienced more patient deaths in their practices were not more likely to interact with families or caregivers than those with fewer annual deaths in their practices. Actual family contact at wakes, memorial services, funerals, or viewings was even less common.*” (Eliaison e Ptacek, 2002: 53).

Whippen e Canellos (1991) avaliaram as respostas de 598 médicos oncologistas a um questionário contemplando diversos aspectos que podiam contribuir para o aumento do stress profissional sentido. Entre a amostra, 53% dos médicos atribuíam a maior parcela do *stress* vivido profissionalmente à exposição excessiva à morte dos seus pacientes e 42% afirmavam que a sua maior fonte de *stress* profissional, consistia na reduzida taxa de sucesso dos tratamentos para salvar a vida dos doentes. Verificaram igualmente que a maioria destes médicos (56%) reportava sentir frustração e sentimentos de

incapacidade persistentes no desempenho das suas profissões, não apenas devido à natureza dos cuidados prestados, mas igualmente ao excesso de horas de trabalho associado a pouco tempo de descanso.

Tucunduva, Garcia, Prudente, Centofanti, de Souza, Monteiro, Vince, Samano, Gonçalves e Del Giglio (2006), procuraram operacionalizar o desgaste emocional apresentado por 136 oncologistas brasileiros através do *Maslach Burnout Inventory* (MBI) de Maslach (1979). Constataram, à semelhança do estudo anterior, que 55,8% dos médicos apresentavam níveis clinicamente significativos na escala de exaustão emocional, 96,1% apresentava valores clinicamente significativos na escala de despersonalização e 23,4% apresentava níveis significativamente reduzidos na escala de realização pessoal. Quando pedido aos médicos a sugestão de medidas que poderiam contribuir para aliviar o seu stress profissional, estes maioritariamente sugeriam a redução do número de pacientes por médico bem como a diminuição do trabalho burocrático a cargo dos médicos.

Também Schaufelli, Keijsers e Miranda (1995) que compararam 508 enfermeiras a trabalhar em unidades de cuidados intensivos com 667 enfermeiras colocadas em serviços de outra natureza, constataram que os seus níveis de Burnout das primeiras, medidos pelo MBI eram significativamente mais elevados. Apresentavam valores muito distintivos, sobretudo no que respeita à despersonalização e realização pessoal. Para os autores, estes valores devem-se sobretudo ao elevado grau de desgaste provocado pela interacção continuada com os pacientes mediada por tecnologia complexa e pelos baixos níveis de satisfação relacional retirada da relação com doentes em estado considerado muito grave que têm pouca ou nula capacidade de retribuir emocionalmente a gratidão pelo esforço dos profissionais de saúde: “*Where technology is more intensively used, nurses are more likely to experience burnout symptoms*” (Schaufelli et al, 1995: 259)



É de salientar o papel que as diferenças observadas ao nível das funções desempenhadas, na tomada de decisões e acompanhamento em torno dos pacientes em fase final de vida, por diferentes grupos profissionais inseridos numa mesma equipa.

Vários estudos demonstraram existir uma tendência acentuada para centrar todas as decisões relativas ao prolongamento de vida, uso de terapêuticas mais ou menos agressivas em pacientes terminais, retirada de suporte essencial de vida, entre outras, no pessoal com formação médica, sem que sejam envolvidos outros profissionais, pacientes ou seus familiares (Field, 1998; Kuuppelomaki e Lauri, 1998; Cardoso, Fonseca, Pereira e Lencastre, 2003). O que se torna contrastante é serem os profissionais com formação em enfermagem os que, na quase totalidade dos serviços, prestam cuidados a pacientes em final de vida, sendo aqueles que mais cuidados físicos e de conforto prestam e maior grau de interação relacional têm com os pacientes e com os seus familiares. Para além do seu relacionamento mais próximo também a eles cabe a execução física das decisões médicas acerca do final de vida daquele paciente, bem como os cuidados ao corpo depois da morte e a maior parcela de interacção com a família (Cooper e Mitchell, 1990; Alexander e MacLeod, 1992; SPAF, 1999). Esta aparente divisão de campos de acção, apesar de transversal a muitas outras áreas da saúde, torna-se mais difícil em situações de final de vida dos pacientes, pois isola as pessoas e gera mais desgaste do que o já provocado pelo contacto com a morte em si (Porta, Busquet e Jarrod, 1997; Beckstrand e Kirchoff, 2005). Por um lado, o pessoal médico sente-se isolado num processo de decisão profundamente difícil e com consequências irreversíveis (Graham, Ramirez, Cull, Gregory, Finlay, Hoy e Richards, 1996), por outro o pessoal de enfermagem (e não só) também se sente fora do processo: *“Nurses don’t have control over the decisions and decision-making and that can be a stress for them.”* (Vachon, 1987: 56).

Esta cisão de papéis parece ter implicações concretas no bem-estar manifestado pelos profissionais de saúde. Num estudo de Velgaard e Addington-Hall (2005) com 347 médicos e enfermeiros a trabalhar em unidades de cuidados paliativos, constataram que

os médicos apresentavam atitudes significativamente mais negativas face aos pacientes em fase final de vida e afirmavam que a sua actividade profissional era pouco gratificante, quando comparados com os enfermeiros. No entanto os enfermeiros apresentavam níveis significativamente mais elevados de ansiedade perante a morte do que os médicos.

Maslach e Jackson (1982) avaliaram através do MBI, médicos e enfermeiros nos vários aspectos relativos ao síndrome de *burnout* (exaustão emocional – diminuição dos recursos emocionais e sentimento crescente de que já não se tem nada para dar aos outros, despersonalização – desenvolvimento de atitudes negativas face aos outros e tendência ao isolamento e realização pessoal – desilusão e baixas expectativas face ao seu desempenho profissional. Constataram que, embora ambos os grupos ocupacionais apresentassem valores significativamente mais elevados do que outras populações no que respeita à exaustão emocional, os médicos apresentavam valores muito superiores face aos enfermeiros no que respeita à despersonalização. Para Maslach e Jackson (1982) o facto dos enfermeiros terem uma relação de maior proximidade física e relacional com os pacientes cumpre uma função protectora relativamente a este aspecto do *burnout*. Sendo assim, o pessoal com formação médica teria maior risco de isolamento, o que aumentaria as dificuldades de comunicar eficazmente em equipa e consequente a insatisfação e o desgaste causado por este aspecto.

### **2.3.2 Estudos incidindo sobre vários grupos ocupacionais**

O contacto com a morte afecta igualmente outras profissões que não médicos e enfermeiros. Apresentaremos alguns dos estudos abrangendo vários grupos ocupacionais em contacto com a morte. Debruçar-nos-emos mais sobre os que nos parecem de maior relevância para o tema tratado neste trabalho

Vachon (1987) sistematiza pormenorizadamente os principais stressores identificados no exercício profissional por pessoas de vários grupos ocupacionais que lidam de perto com os que estão a morrer, com a morte e com o luto. Em entrevistas com a duração aproximada de uma hora, era pedido aos indivíduos que descrevessem: 1) o que consideravam ser aspectos stressantes no seu desempenho profissional (stressores ambientais), 2) os aspectos da sua vida pessoal que influenciavam essa vivência do stress profissional (variáveis pessoais), 3) como é que o seu stress se manifestava (manifestações de stress) e 4) como é que lidavam ou procuravam lidar com esse stress (estratégias de *coping*).

Os grupos ocupacionais entrevistados foram médicos, enfermeiros, assistentes sociais, padres, psicólogos, voluntários, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, nutricionistas, cardipneumologistas, radiologistas, agentes funerários, polícias, pessoal paramédico, bombeiros e engenheiros biomédicos, perfazendo uma amostra de 581 respondentes. A amostra era composta por 71% de mulheres, estando a média etária situada entre os 30 e os 45 anos de idade para todos os grupos. A amostra englobava pessoas provenientes do Canadá, E.U.A., Austrália, Inglaterra, Suécia, Índia e África do Sul.

Relativamente aos stressores ambientais, Vachon (1987) constatou, contrariamente ao que seria expectável e encontrado em investigações anteriores neste domínio, que os entrevistados raramente referiam apenas o contacto com a morte como um aspecto stressante no seu desempenho profissional. Referiam-se sobretudo, a aspectos como: 1) dificuldades de comunicação ou conflitos entre os elementos da sua equipa, 2) natureza do serviço ou da unidade, 3) falta de recursos materiais e humanos adequados, 4) dificuldades de comunicação entre serviços diferentes ou de diferentes especialidades, 5) expectativas irrealistas entre o que se esperava encontrar e o que se encontrou na organização, 6) dificuldades de comunicação com órgãos administrativos, 7) fraca definição e atribuição de responsabilidade, 8) fraca orientação e falta de formação específica, 9) ambiguidade do papel profissional, 10) conflitos no desempenho do papel

profissional, 11) falta de controlo sobre os eventos que os rodeiam, 12) excesso de trabalho e de funções desempenhadas, 13) proximidade excessiva com múltiplos elementos stressores, 14) dificuldade em separar a vivência profissional da vivência pessoal, 15) preocupações com a carreira profissional e com a sua estabilidade, 16) dificuldades relativas ao trabalho por turnos, 17) dificuldades na comunicação com doentes com personalidades difíceis e suas famílias, 18) gestão dos sentimentos de identificação com alguns pacientes e suas famílias, 19) dificuldades na comunicação com pacientes de outras culturas, 20) dificuldades no contacto com a doença e morte de crianças e jovens, 21) dificuldades em lidar com pacientes com problemas sociais, familiares ou com patologias psiquiátricas graves, 22) dificuldades no contacto com idosos em estado grave e nas decisões em torno do final de vida dos mesmos e 23) dificuldades relativas aos tipos de doenças com que se lida e sua trajectória.

No que respeita às variáveis pessoais que influenciavam a vivência profissional, Vachon (1987, 2005) identificou alguns aspectos interessantes: 1) quanto mais jovens os profissionais, mais stressores ambientais identificavam e menos estratégias de *coping* apresentavam, 2) não existiam diferenças significativas no número ou tipo de stressores identificados em função do sexo ou do estado civil dos respondentes, 3) as pessoas que escolhiam trabalhar em áreas de maior contacto com a morte tinham geralmente motivações de ordem pessoal para o fazer e 4) estavam associadas à escolha profissional variáveis como a personalidade, o estilo de coping e níveis mais baixos de ansiedade perante a morte.

As manifestações físicas de stress reportadas pelos grupos ocupacionais incluíam sintomas físicos mais ligeiros tais como: fadiga constante, distúrbios gastrointestinais, dores de cabeça, perturbações do apetite, náuseas, dores musculares, infecções urinárias, e alterações nos padrões de sono. Os sintomas mais graves associados ao stress incluíam a hipertensão, doenças auto-imunes, alterações cardio-respiratórias, enxaquecas incapacitantes, úlceras gástricas e anorexia.

As manifestações comportamentais de stress incluíam aumento dos conflitos entre membros de equipa, conflitos entre família e trabalho e falhas no desempenho profissional.

As manifestações psicológico de stress abrangiam constelações de sintomas tais como: 1) depressão, angústia e sentimentos de culpa, 2) raiva, irritabilidade e frustração, 3) sentimentos de desespero e insegurança, 4) sobre-investimento e sobre-envolvimento, 5) ansiedade e dificuldade em tomar decisões, 6) *burnout* ou exaustão dos recursos pessoais e 7) sonhos constantes relacionados com a morte, ideação suicida e consumo excessivo de substâncias psicoactivas (álcool e drogas). Em 2005, Vachon acrescenta às manifestações psicológicas, o luto decorrente das múltiplas perdas a que os profissionais se encontram sujeitos.

As estratégias de *coping* mais referidas pelos grupos ocupacionais como estando na base da sua vontade de continuar a trabalhar numa área de elevado contacto com a morte, ou sugeridas como forma de atenuar as dificuldades sentidas, eram: 1) a motivação gerada por se sentirem proficientes no seu desempenho profissional e de poder fazer algo pelas pessoas em situações difíceis, 2) a gestão do tempo e da vida, de forma a equilibrar as várias esferas importantes e o desenvolvimento de padrões de vida saudável (e.g. comer bem, dormir, fazer exercício, evitar tabaco e café, ter tempos livres para si), 3) encontrar ou desenvolver uma filosofia de vida que permita dar um sentido ao sofrimento e à morte a que estão expostos, 4) mudar de área profissional, 5) distanciar-se emocionalmente do paciente e/ou da sua família, 5) procurar mais formação dentro da sua área, 6) procurar apoio em pessoas, grupos ou comunidades fora do local de emprego para partilhar as suas preocupações, 7) procurar apoio em colegas de trabalho, 8) usar o sentido de humor como defesa face ao stress, 9) construir uma filosofia de equipa que englobe uma missão e objectivos subjacentes ao exercício profissional daquele grupo específico, 10) construir e fortalecer a partilha na equipa através de actividades ou de rituais de integração dos novos membros, 11) desenvolver sistemas de

suporte social e humano para os membros da equipa, 12) estabelecer critérios adequados à admissão de pessoal que se ajuste o melhor possível ao contexto laboral, 13) contratar profissionais em número suficiente para tornar possível o bom cuidado aos pacientes sem desgaste excessivo dos que deles cuidam, 14) aplicar políticas administrativas formais e informais que permitam gerar condições materiais e humanas ao bom cuidar em final de vida, 15) reconhecer e apoiar os profissionais de saúde bem como investir no seu desenvolvimento pessoal, 16) flexibilizar papéis desempenhados, 17) desenvolver procedimentos formais para lidar com as diversas situações críticas que se colocam ao profissional de saúde em contacto com a morte.

O estudo de Vachon (1987) contribuiu largamente para uma melhor sistematização dos aspectos que acompanham o stress ocupacional nos profissionais mais expostos à morte. Outro dos contributos fundamentais reside na compreensão de que o contacto com a morte parece não ser o aspecto com maior impacto para o stress experimentado pelos vários grupos ocupacionais em causa.

Steinhauser, Clipp, McNeilly, Cristakis, McIntyre e Tulsky (2000) realizaram sessões de discussão de diversos temas em torno da morte envolvendo vários grupos ocupacionais de diferentes áreas da saúde (médicos, enfermeiros, assistentes sociais e voluntários). Encontraram em todos os relatos a expressão de sentimentos de tristeza e culpabilidade face a pacientes que morreram em sofrimento.

Bradbury (1999) num estudo extenso e com base em entrevistas a profissionais que lidam com a morte já consumada (médicos legistas, paramédicos, profissionais que realizam autópsias, agentes funerários, coveiros, polícias e bombeiros), constatou que a grande maioria afirmava que o contacto com o corpo e a proximidade com os familiares do falecido, os perturbava e interferia com o equilíbrio da sua vida emocional. Os contactos com corpos desfigurados ou com corpos de crianças eram sempre descritos como profundamente chocantes para estes profissionais. Os polícias eram ainda considerados um grupo de risco maior por terem muitas vezes, para além de estar

presentes nos cenários onde as mortes ocorrem, de transmitir a notícia da ocorrência da morte aos familiares ou por ter de os acompanhar à morgue para a identificação do corpo.

Beaton, Murphy, Pike e Jarret (1995) também identificaram em bombeiros e paramédicos, elevados níveis de stress e desgaste emocional devido à exposição a situações que ameaçam a vida das pessoas a quem têm de ser os primeiros a atender em situações de emergência.

Outros estudos realizados com profissionais de saúde a exercer em áreas variadas (Kastenbaum e Aisenberg, 1983; Kash e Holland, 1990; Vachon, 1998; Redinbaugh et al, 2001) mostram que os profissionais com níveis mais elevados de desgaste emocional, apresentam pouca satisfação com o seu emprego, sentimentos de auto-desvalorização, maior consumos de álcool e drogas, mais distúrbios do sono, maiores dificuldades em comunicar com os doentes, bem como com os colegas de trabalho e manifestam maior desejo de deixar de exercer a sua profissão no futuro próximo.

Apesar de vários estudos apontarem para as necessidades de apoio específico aos profissionais de saúde que contactam com a morte: *“...little work has been done to understand Health Care Professionals grief process and the factors that may attenuate the relationship between work-related grief, stress and burnout”* (Redinbaugh et al, 2001:187).

Como afirmam Hennezel e Leloup (1988: 11): *“... os profissionais de saúde são, antes de tudo, pessoas. Sofrem como toda a gente, com o menosprezo pelas questões relativas à morte (...) tal como nós todos (e mais do que nós), pagam com uma ausência de sentido o corte que veio separar-nos das grandes tradições que nos preparavam para a morte e nos ajudavam a decifrar o sentido das nossas existências”*

## **2.4 A formação dos profissionais de saúde na área da morte**

Quase todas as obras e artigos que lemos na área da formação dos profissionais de saúde perante a morte apresentam o tema apenas do ponto de vista do papel e das responsabilidades do profissional face ao doente ou à sua família. Exploram as competências esperadas do ponto de vista técnico e humano para prestar os melhores cuidados aos seus utentes em final de vida. Muito poucos são os que compreendem que talvez já não seja possível pedir muito mais aos profissionais de saúde neste nível, se não forem apoiados noutros. Os profissionais de saúde estão na maioria das situações já demasiado sobrecarregados. Como Field (1998: 147) expõe enfaticamente: *"overworked, exploited and unsupported"*.

As próximas páginas expõem um apoio que, longe de suficiente, pode ser pensado e aplicado de acordo com algumas das necessidades especiais que os contextos do cuidar em final de vida suscitam.

### **2.4.1 Insuficiência da formação base dos profissionais de saúde**

Longe estão os tempos em que se pensou que a formação básica dada aos profissionais de saúde os tornava imunes ao sofrimento e ao luto resultante do contacto próximo com a morte. O pensamento emergente é o de que os profissionais de saúde não recebem formação adequada nem suficiente para lidar com estes aspectos e que esta ausência tem repercussões importantes para a sua saúde.

A formação não deve ser entendida apenas como o meio de facultar conhecimento específico acerca de um determinado tema, mas igualmente um meio de acompanhar e apoiar os profissionais de saúde. Sobretudo quando estes trabalham em áreas onde a doença grave, o sofrimento e a morte provocam no Ser Humano, que é o profissional de saúde, sentimentos e dificuldades difíceis de gerir devido à constante exposição aos mesmos.



Kubler Ross (1991) defendeu que os riscos de estar constantemente exposto à morte dos nossos semelhantes eram paralelos aos de estar sempre a olhar directamente para o sol e que, portanto, era necessário encontrar meios de o fazer com alguma protecção psicológica, adquirida ou treinada através de formação adequada.

A formação pode ocorrer através dos livros que lemos, da partilha de experiências com pessoas mais experientes ou que trabalham em contextos semelhantes, do debate de temas difíceis e do treino de competências para lidar com situações difíceis. Pode ser a melhor forma de proteger os profissionais de saúde face ao contacto com o sofrimento e a morte dos seus semelhantes. Ao nível da formação básica e até pós-graduada encontramos na literatura actual alguns exemplos desta carência em diversos níveis.

Ferrell, Virani, Grant e Borneman (1999) procuraram analisar a forma e extensão com que são abordados os temas da morte e do luto em manuais, para a formação pré-graduada em Enfermagem e procederam a uma análise de conteúdo de 50 destas obras, no que respeita a estes temas.

Neste estudo os autores concluem que há deficiências notórias dos manuais de enfermagem analisados, no que se refere a temas específicos dos cuidados em fim de vida. Apontam igualmente para a necessidade de futuras publicações abordarem, com extensão e profundidade, as temáticas da morte e do luto, dando particular relevo ao conjunto de necessidades físicas, psicossociais e espirituais apresentadas, não apenas pelos pacientes e seus familiares mas igualmente, por todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados prestados em fim de vida.

Salientam ainda, a premência de uma abordagem que ajude os profissionais de saúde a lidar com as suas dificuldades humanas nestas áreas: *“There is need for improved content in both áreas (death and bereavement) to assist nurses in their own care and to also encourage their referral to other psychosocial colleagues. Improved care at the time of death begins with greater attention to the nurse’s own personal death awareness and death anxiety”* (Ferrel et al, 1999: 507).

Um estudo muito semelhante ao de Ferrel et al (1999) foi realizado por Rabow, Hardie, Fair e McPhee (2000) através da análise de conteúdo dos 50 livros mais vendidos para formação médica de diversas especialidades. Os autores constataram que as quase totalidade das obras não se referiam de todo a temas relacionados com a morte e luto ou apenas o faziam de modo superficial, não atendendo às necessidades humanas dos profissionais de saúde na área médica. A exceção ocorria nos livros no âmbito da medicina familiar e da geriatria que se referiam com maior detalhe e profundidade à temática da morte e dos cuidados a prestar em fim de vida.

Para além da análise das obras de referência, outros autores (Trush, Paulus e Trush, 1979; Dickinson, Summer e Frederick 1992; Doyle 1991; Buss, Marx e Sulmasy, 1998; Sullivan, Lakoma e Block, 2003; Ury, Berkman, Weber, Pignott e Leipzig, 2003), procuraram averiguar a presença e extensão de conteúdos relativos ao contacto com a morte durante a formação básica de profissionais de saúde.

Com o intuito de avaliar a natureza e extensão da formação na área da morte em cursos de enfermagem dos E.U.A, Trush et al (1979) passaram inquéritos em 226 escolas. Constataram que apenas 5% das escolas apresentava algum tipo de formação obrigatória para a morte nos seus programas e outras 39.5% reportavam a existência de formação desta natureza mas com carácter opcional.

Já na década de 90, o estudo de Dickinson et al (1992), baseado em inquéritos passados a várias faculdades de medicina e escolas superiores de enfermagem nos E.U.A, constatou que existiam em todas elas referências a conteúdos relativos ao contacto com a morte integrados nos programas de disciplinas básicas. No entanto estes conteúdos eram apenas ministrados em duas ou três aulas e não em disciplinas específicas para o tema, com maior duração. Quando inquiridas acerca dos seus planos para aumentar e aprofundar a formação na área do contacto com a morte no futuro, mais de metade das escolas envolvidas no inquérito afirmou não ter quaisquer planos de alterar a formação ministrada por 3 ordens de motivos: 1) falta de tempo disponível para a formação não

considerada básica, 2) não ser sentida a necessidade de uma formação mais aprofundada nesta área, 3) falta de recursos das escolas para prover formação específica nesta área.

Doyle (1991) também através de inquéritos realizados em faculdades de medicina do Reino Unido constatou que um médico, no final do seu curso (com duração de 5 anos), tinha recebido em média seis horas de formação, relacionada com o tema da morte de forma genérica.

Buss et al (1998), num inquérito passado a 226 estudantes do quarto ano de medicina constataram que a maior parte dos estudantes afirmava não ter recebido formação adequada para abordar o tema da morte, ter tido muito pouco ou nenhum contacto com pacientes em fase final de vida durante a sua formação e sentir-se pouco confortável para comunicar com pacientes em fase final de vida.

Sullivan et al (2003) através de um inquérito telefónico realizado a 1455 estudantes finalistas e professores de 62 faculdades de medicina dos E.U.A, constataram que da totalidade da amostra, apenas 18% dos indivíduos reportavam ter recebido algum tipo de treino formal na área do contacto com a morte. No que concerne o à vontade na comunicação com pacientes em fase final de vida, 39% afirmava não se sentir de todo preparados para comunicar com pacientes nestas circunstâncias e 50% afirmava não saber lidar com os seus próprios sentimentos face à morte. Entre a amostra de professores, 40% dizia sentir-se pouco preparados para abordar temas relacionados com a morte nas suas aulas. Da constatação destes aspectos os autores concluem que: *“Current Educational practices and institutional culture in U.S medical schools do not support adequate end-of-life care”* (Sullivan et al, 2003, p.695).

Porém, a opinião dos estudantes relativa à suficiência formativa nesta temática pode ser considerada menos válida por não terem ainda um contacto profissional continuado. Nesse sentido, o estudo realizado por Ury et al (2003) é informativo porque constataram, num inquérito passado a 157 médicos internistas, que todos reportavam ter recebido

insuficiente preparação durante a sua formação básica para lidar com pacientes em final de vida e com a morte e que a maioria afirmava sentir grande desconforto e falta de preparação para comunicar com estes doentes.

Outros estudos complementares incidiram sobre a emergência de oferta educativa na área da morte ao nível pré-graduado na formação de paramédicos (Smith e Walz 1995, 1998) e de farmacêuticos (Herndon, Jackson, Fike e Woods, 2003), tendo constatado um crescente interesse pela área da educação para a morte na formação base destes profissionais.

Apesar da progressiva emergência de programas educativos integrados no currículo formativo dos profissionais de saúde, Davies e Eng (1998) defendem que a maioria dos médicos e enfermeiros continua inadequadamente preparada para cuidar dos pacientes moribundos. Isto porque a educação que recebem encontra-se essencialmente direccionada para manter o auto-controlo, salvar vidas e evitar todos os fracassos. Estas autoras salientam ainda que apesar de terem sido já identificados os principais aspectos deficitários na formação dos profissionais de saúde na área da morte “...*the need for appropriate training in the care of the dying remains strong*” (Davies e Eng, 1998: 1091).

Sinacore (1981) por sua vez afirma existir uma incompatibilidade de raiz entre a orientação dada pela formação médica básica presente na formação de todos os profissionais de saúde e a orientação subjacente aos programas de formação para profissionais de saúde na área da morte. Isto sucede porque enquanto os programas de formação na área da morte requerem envolvimento afectivo e emocional com o paciente, a formação de linha médica recebida orienta a atenção dos profissionais essencialmente para os factores relacionados com o processo fisiológico da doença e do adoecer e com a tecnologia envolvida nos cuidados a prestar. Para o autor, este modelo de educação cria profissionais orientados para assumir o controlo absoluto sobre todas as situações, com tendência a colocar os cuidadores numa posição passiva, não lhes proporcionando

qualquer opção de decisão face ao seu processo de tratamento e, no caso de já não ser possível tratar, face à sua morte.

Igualmente Nulland (1996) afirma que a formação básica facultada aos jovens médicos do Ocidente e dos EUA, lhes retira em humanidade o que acrescenta em conhecimento técnico e em fascínio pelos processos fisiopatológicos que determinam as doenças ao nível micro. Nessa formação, o paciente vai sendo gradualmente transformado num conjunto de processos fisiológicos a necessitar de intervenção técnica, e o Ser Humano remetido a um papel secundário (o de portador do enigma da doença). Segundo Nulland (1996) esta desumanização médica é, em parte, o preço a pagar por uma Medicina tão avançada em termos tecnológicos. Mas é um preço elevado para quem necessita e para quem presta cuidados a pacientes em final de vida.

Para este autor é necessária uma abordagem diferente, sobretudo face à morte do paciente, e que passa essencialmente por uma formação básica que reoriente a prática médica fomentando *“a self-image that encompasses not only the physician who fights disease, but also the doctor who, at a given point helps patients to die peacefully and serenely”* (Nulland, 1996: 42).

Para Nulland (1996: 43) o médico deve ser ajudado a compreender que, no final da vida dos seus pacientes, existem outros aspectos que necessitam de ser cuidados para além dos sintomáticos: *“At the end of life, it is our obligation as physicians to those who are dying to bring some understanding of what their lives have meant to us. This it seems to me is the most important form of hope: when a person dies, the ideals that he or she represented to the few who have been most important in life will not die but live on. The values will live on. The kinds of things that that person represented will live on in us.”*.

Para Vachon (1998: 919) os níveis deficitários de formação na área da morte não se restringem no entanto à formação básica: *“... most postgraduate medical and oncology programmes do not prepare staff to deal with the terminally ill and their grieving relatives”*.

#### **2.4.2 A formação específica para profissionais de saúde, na área da morte**

A integração de planos de formação que preparem os profissionais para lidar com as experiências de contacto próximo com o sofrimento e morte no currículo básico ou como oferta pós-graduada nas áreas da saúde, está ainda longe de ser uma realidade consensual. Apesar de pontuais, várias propostas foram tornadas visíveis merecendo destaque.

Um autora pioneira na formação da educação para a morte para médicos e enfermeiros, Quint Benoliel (1982), integrou numa obra contributos importantes para a formação na área da morte, quer ao nível pré-graduado quer no âmbito das pós-graduações. Nestes contributos residem as fundações dos actuais programas de formação na área da morte para profissionais de saúde

Swain e Cowles (1982) desenvolveram um curso acerca da morte, do processo de morrer e do luto que foi integrado enquanto disciplina optativa para estudantes de enfermagem, numa escola superior no Wisconsin,.

Este curso comportava 13 objectivos de aprendizagem:

- 1) Identificação das crenças pessoais e atitudes acerca da morte, do morrer e do luto,
- 2) Compreensão dos estádios que precedem a morte e das reacções mais frequentes das pessoas que estão a morrer,
- 3) Descrição do processo de luto e das suas fases,
- 4) Identificação dos mecanismos de *coping* que podem ser úteis para ajudar a pessoa a lidar com a morte,
- 5) Identificação das percepções da morte por parte de diferentes grupos etários,
- 6) Identificação de comportamentos que indicam medo da morte,

- 7) Identificação dos critérios utilizados para determinar o momento em que a pessoa morre,
- 8) Compreensão dos aspectos legais e éticos envolvidos nas decisões de suspender o suporte essencial de vida e de não ressuscitar um paciente,
- 9) Identificação dos aspectos comuns e diferentes na visão da morte e aspectos relacionados com a mesma, por parte de diferentes religiões,
- 10) Entendimento dos diversos passos necessários para organizar um funeral na nossa sociedade e alternativas existentes,
- 11) Diferenças entre vários contextos sócio-culturais nas atitudes perante a morte e rituais em torno da mesma,
- 12) Identificação dos diversos aspectos importantes na relação e comunicação entre os enfermeiros e os seus pacientes que estão a morrer, bem como do suporte necessário no luto, e
- 13) Identificação dos diversos impactos que lidar de perto com a morte pode ter na vida pessoal, familiar, profissional e social dos enfermeiros.

O curso decorria ao longo de um semestre com aulas semanais de 2 horas acrescidas de uma hora para discussão de grupo sobre os temas. As aulas eram suportadas por filmes relativos às temáticas abordadas. Para além destas aulas, o curso continha ainda dois fins-de-semana intensivos de trabalho e convívio nos quais os alunos envolvidos realizavam trabalhos criativos em torno do tema da morte, constituíam grupos de discussão sobre temáticas específicas e que cumpria também a função de promover um melhor conhecimento interpessoal num ambiente mais informal.

O curso foi realizado por cerca de 400 estudantes em oito anos, consecutivos desde 1973. Tendo sido solicitado que avaliassem qualitativamente o impacto do curso nas suas vidas: *“The almost universal response was in terms of a better understanding of self*

*and personal concerns about death. Secondly, respondents described attaining specialized knowledge skills for professional use” (Swain e Cowles, 1982: 314).*

Degner et al. (1982), aproveitando um movimento que em 1972 conduziu à reestruturação do curso de enfermagem da Universidade de Manitoba, procederam à introdução de um curso na área dos cuidados paliativos para alunos do terceiro ano. Este curso tinha como objectivos essenciais ensinar formas de assegurar o conforto e bem estar físico e psicológico do doente em final de vida, ajudar os alunos a sentirem-se mais à vontade na comunicação com os doentes acerca da temática da morte e a não se sentirem tão intimidados pelo contacto com a morte dos seus pacientes.

O curso era composto por vários módulos ministrados durante o ano lectivo, acompanhados por estágios em locais específicos, nos quais os alunos tinham a possibilidade contactar directamente e de forma supervisionada com pacientes em fase final de vida (ex: unidades de cuidados paliativos, serviços de oncologia e domicílios dos pacientes em final de vida). As aulas na Universidade para além da componente teórica continham igualmente múltiplos exercícios de role-play, dramatizações de pequenas peças de teatro relativas ao tema do contacto com a morte, leitura e discussão de livros acerca do tema da morte, apresentação e discussão de casos práticos e de formas adequadas de intervenção.

No seu conteúdo programático geral, o curso encetava com uma introdução histórica ao desenvolvimento da medicina curativa e à progressiva desatenção que foi sendo prestada aos aspectos mais humanizantes do contacto com o paciente. Este aspecto era seguido de um enquadramento ético-legal das possibilidades de uma intervenção que não pretendia ser curativa, junto do doente em final de vida. Vários temas focavam os cuidados de conforto, alívio da dor e dos sintomas negativos no paciente em fase final de vida. Abordavam-se igualmente os vários aspectos do contacto com pacientes em fase final de vida e suas famílias que poderiam criar desconforto e contribuir para um afastamento emocional do enfermeiro no contacto com estes pacientes.



Essencialmente, o curso pretendia que os alunos se sentissem mais seguros e capazes no seu contacto com os pacientes em fase final de vida de modo a prover um melhor cuidado, através da sua intervenção directa e exemplo, quer através da vontade fundamentada de modificar as práticas vigentes nos seus futuros locais de trabalho.

Goodell, Donohue e Quint-Benoliel (1982) desenvolveram um programa intensivo de formação na área da morte para estudantes de Medicina a cursar o segundo ano na Universidade de Washington em Seattle, EUA. A formação era integrada no currículo básico obrigatório e circunscrita a três seminários que decorriam em três tardes consecutivas do segundo semestre.

O programa básico propunha a exploração dos seguintes temas, distribuídos um por cada dia de seminário: 1) Atitudes de cada um dos participantes face à morte e à doença terminal, 2) Papel do médico no cuidado a prestar ao doente terminal e sua família, 3) Papel desempenhado pelo hospital, pela família e comunidade no cuidado prestado aos doentes terminais.

Em todos os seminários existia um formato semelhante no qual os estudantes visionavam curtas metragens realizadas com formatos específicos. Os filmes eram relativos aos temas a abordar e repartidos pelos três seminários. A maioria consistia em entrevistas filmadas com pacientes terminais e suas famílias em várias fases do ciclo de vida, com diferentes graus de percepção da sua morte, descrevendo a forma como se sentiam e como sentiam o apoio que lhes era provido pelos médicos e restantes profissionais de saúde; outros filmes focavam o tema das crianças perante a morte, das dificuldades éticas nas decisões de retirar o suporte essencial de vida, da solidão dos idosos em final de vida, dos cuidados prestados em unidades de cuidados paliativos e do seu impacto nos pacientes e suas famílias.

Depois do visionamento eram realizados painéis de discussão em que os alunos partilhavam as suas opiniões e emoções suscitadas pelos filmes e eram organizados

grupos mais pequenos que debatiam ideias acerca das suas atitudes face à sua própria morte, face à morte dos que lhes eram próximos e face à morte dos seus pacientes.

Era igualmente proporcionada a possibilidade de assistir a entrevistas realizadas por um profissional experiente, a pacientes terminais em fases estáveis e suas famílias. Estas entrevistas visavam as suas atitudes relativas à morte, antes e depois de estarem doentes, das mudanças sentidas em si e nos outros, dos aspectos que sentiram ter ajudado ou prejudicado a sua vivência deste processo, especificamente no seu contacto com os profissionais de saúde, dos conselhos que os pacientes sentiam ser importantes dar aos médicos que cuidam de pacientes em final de vida.

Após estas entrevistas os estudantes podiam colocar questões aos pacientes e famílias.

No último dia de formação, os estudantes eram colocados em contacto, através de uma apresentação aberta, com representantes de outros profissionais envolvidos no contacto com a morte e no apoio ao paciente e seus familiares. Tomavam também conhecimento dos vários grupos destinados a prover apoio específico nestas situações e para os quais, enquanto médicos, poderiam encaminhar de uma forma adequada os pacientes ou seus familiares se estes necessitassem de apoio.

Foi feita uma avaliação dos estudantes após a sua formação que indicou níveis elevados de satisfação com a mesma, e outra avaliação mais profunda no final do seu curso (dois anos depois) que demonstrou terem obtido amplo benefício, em várias esferas do seu exercício profissional e vivência pessoal, devido a este programa de formação.

Apostando numa oferta de formação especializada vocacionada para os cuidados a prestar no final de vida aos pacientes, nos seus domicílios, McCorkle (1982) concebeu um Mestrado com um ano de duração formal e destinado a enfermeiros com pelo menos um ano de prática profissional. O plano de formação foi desenvolvido com o objectivo de preparar pelo conhecimento teórico e pelo contacto com cenários de intervenção prática, enfermeiros capacitadas para prestar cuidados especializados a pacientes oncológicos

em fase final de vida e suas famílias, no domicílio. Este plano de formação pós-graduada teve início em 1977, para grupos não superiores a seis pessoas, na Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Washington e, até 1982 tinha sido realizado por 26 enfermeiros, dos quais 16 haviam completado a tese final.

Os conteúdos formais eram ministrados na forma de seminários de duas horas semanais que acompanhavam um estágio, com duração de vários meses, em que o enfermeiro era colocado, por uma empresa especializada em prestação de cuidados de saúde domiciliários, a prestar cuidados a pacientes que estavam em fase final de vida. O objectivo era o de permitir um contacto mais profundo com o paciente e sua família algum tempo antes da sua morte, o acompanhar da morte do paciente em todos os aspectos necessários e finalmente o acompanhar da família durante uma parte do seu luto.

Os conteúdos ministrados eram formulados para ajudar os formandos a lidar com os vários aspectos que caracterizam os períodos em que ocorre a sua intervenção:

- 1) **Período que antecede a morte:** neste módulo as enfermeiras eram incentivadas a observar o contexto sócio-familiar do paciente, identificar as necessidades e desejos da pessoa em fase final de vida, coordenarem o seu trabalho com outros profissionais de saúde envolvidos, identificarem as causas de sofrimento e aliviá-los rapidamente, ajudar a família a compreender e identificar os sintomas físicos e a sua evolução provável, facilitar os processos de comunicação na família, ajudar na tomada de decisões que envolvem a antecipação da perda do paciente, preparar a família para o momento da morte.
- 2) **Período em que ocorre a morte:** os conhecimentos ministrados pretendiam ajudar a identificar nas alterações físicas e de consciência do paciente os sinais da proximidade da morte e ajudar a família a compreender o curso expectável dos eventos, comunicar acerca do que são os últimos desejos do paciente e de quem irá estar presente no momento de morte, proporcionar conforto e alívio sintomático ao paciente no período que antecede a morte, auxiliar a família a

preparar o corpo depois da morte, respeitando as suas necessidade num momento privado, ajudar nos contactos que têm de ser feitos depois da morte, relativos à certificação do óbito, às agências funerárias, à comunicação da notícia a pessoas chegadas.

- 3) **Período depois da morte:** os enfermeiros são preparados para o contacto com as necessidades da família enlutada, no embate inicial com a perda, assegurando-lhes que tudo foi feito da melhor forma num local onde a pessoa pôde ter um acompanhamento mais humanizado. A/o enfermeira/o é igualmente preparada/o para identificar aspectos do luto que requeiram um acompanhamento especializado e encaminhar as pessoas para outros profissionais especializados.

Durante todo o ano lectivo eram igualmente realizados e apresentados trabalhos relativos aos casos que os enfermeiros estavam a seguir, com fundamentação teórica adequada. Todos os alunos tinham supervisão adequada 24h por dia e tinham de fazer um diário de estágio em que relatavam as suas actividades e dificuldades a todos os níveis e que tinham de entregar semanalmente para que fossem acompanhados da melhor forma.

Grande parte (75%) dos enfermeiros que realizaram esta formação optaram por desempenhar a sua profissão a cuidar de pacientes terminais e quando questionados acerca do impacto da formação na sua vida, acharam que esta tinha enriquecido as suas vidas e as vidas dos seus pacientes.

Bertman, Greene e Wyatt (1982) apresentam uma formação dirigida a diferentes grupos de profissionais (médicos, enfermeiros, assistentes sociais, padres, entre outros) a exercer actividade na área dos cuidados paliativos. Esta formação consistia em seis seminários de 90 minutos cada, ao longo de seis semanas consecutivas.

O curso decorria no centro médico da Universidade de Massachusetts nos EUA. Os seus objectivos principais eram os de:

- 1) Humanizar a relação com o indivíduo, que é o paciente em fase final de vida,
- 2) Tornar a comunicação com o paciente e sua família mais aberta através do estabelecimento de uma relação de confiança mútua,
- 3) Estimular, sempre que possível, a autonomia e responsabilidade do paciente através do apoio às suas escolhas ao nível dos tratamentos a receber e ao nível da concretização dos seus desejos no final de vida,
- 4) Melhorar as relações e a comunicação entre profissionais de saúde com formações distintas, a trabalhar num mesmo contexto.

Através destes objectivos pretendia-se que melhorasse também a qualidade de vida do profissional de saúde que interage com pacientes em fase final de vida.

Relativamente à abordagem pedagógica, os conteúdos ministrados em cada seminário eram sempre acompanhados de visionamento de excertos de filmes relativos aos temas abordados e por vezes de leitura e discussão de obras alusivas ao tema, de dramatizações em torno de guiões acerca da interacção com pacientes terminais, *role-plays* e debates críticos de partilha de opiniões a partir de questões lançadas pela formadora.

O primeiro seminário abordava temas relativos ao grau de consciência e compreensão de pacientes oncológicos em final de vida e suas famílias, e da informação que os profissionais podem prover para ajudar nas decisões difíceis e na comunicação entre o paciente e a família.

O segundo seminário era acerca das atitudes e imagens, conotações, medos e fantasias em torno do cancro e da morte, que todas as pessoas possuem. Eram discutidas as percepções dos pacientes, suas famílias e dos profissionais de saúde envolvidos na formação.

O terceiro seminário era relativo à gestão de comunicações difíceis e de conflitos entre pacientes, famílias e profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a prestar

em final de vida. Procurava identificar formas de reagir dos pacientes mais revoltados ou angustiados com a aproximação da morte. Estas reacções podem provocar desconforto no profissional de saúde e treinar modos de comunicar eficazmente nestas situações.

O quarto seminário pretendia sensibilizar os profissionais de saúde para detectar respostas psicológicas de ansiedade, depressão, hostilidade ou revolta mais ou menos ajustadas quer nos pacientes e seus familiares, quer em si próprios nas suas interacções com os mesmos.

O quinto seminário confrontava os alunos com os dilemas éticos que envolvem os cuidados prestados pelos profissionais de saúde a quem está em fase final de vida. Eram debatidas situações em que se julgava necessário o grupo de profissionais de saúde decidir retirar suporte essencial de vida a pacientes ou salvar a vida apenas de uma entre quatro pessoas vítimas de acidente automóvel e quais os critérios de decisão envolvidos.

O sexto e último seminário, remetia para um enquadramento histórico na forma de encarar a morte, a vida depois da morte, os cuidados rituais dispensados ao corpo e os processos de luto. Procurava debater a importância de rituais na interacção com o corpo morto e das crenças na vida depois da morte para os profissionais de saúde.

Para complementar este curso era concedida aos profissionais de saúde a oportunidade de visitar e interagir com os pacientes internados nos serviços de oncologia e de cirurgia.

Os autores reportam ter-se deparado com dificuldades em integrar os médicos, de forma continuada e motivada, nesta formação. Julgavam que, devido a estes possuírem orientações muito distintas face à doença e à morte relativamente aos outros grupos envolvidos exerciam estas resistências. Os enfermeiros eram, por contraposição, os mais envolvidos e participativos em todas as áreas de formação

abrangidas pelos vários seminários. Esta discrepância foi menos sentida quando os autores organizaram breves seminários adicionais com temas mais objectivos (ex: problemas específicos levantados pela situação de um dado paciente que está internado numa determinada cama). Nestes seminários breves, o envolvimento emocional requerido era reduzido, mas a participação do pessoal médico aumentava significativamente.

Quint-Benoliel (1982) apresentou um programa de formação pós-graduada dirigido essencialmente a profissionais de saúde em geral, destinado a analisar e estudar de forma mais aprofundada diversos aspectos sociais, culturais e individuais que podem contribuir para o modo como a morte é percebida na actualidade. O objectivo global da formação era o de encorajar uma vivência simultaneamente cognitiva e afectiva dos diversos aspectos em torno da morte humana.

À data de publicação deste artigo, 186 profissionais de saúde haviam completado com sucesso este curso. Dentre estes, 169 eram enfermeiros, 7 assistentes sociais, 3 médicos e 2 psicólogos. A maioria era do sexo feminino (n=179) e a população tinha em média entre 5 a 10 anos de experiência profissional efectiva. O curso era composto por seminários com a duração de duas horas, que decorriam semanalmente ao longo de 10 semanas.

Para além dos conteúdos teóricos leccionados, todos os seminários continham, regra geral, discussões abertas acerca de temas relevantes e propostas de trabalhos de turma ou trabalhos de natureza individual envolvendo pesquisa e/ou contacto com outros profissionais ou com pacientes. Em alguns dos seminários também se visionavam pequenos filmes acerca das temáticas abordadas. O esquema proposto para os temas a abordar ao longo da formação era o seguinte:

- 1) No primeiro dia era realizada uma apresentação global dos objectivos do curso e os estudantes eram encorajados a escrever acerca das suas expectativas acerca da formação e a apresentarem-se uns aos outros. Os alunos deveriam, durante o

período que precederia o segundo dia de formação: 1) pensar no impacto social que a morte tem na actualidade e, 2) investigar a forma como vários grupos profissionais lidam com a morte.

- 2) No segundo dia de formação era introduzido o tema da vivência da morte e do seu impacto na sociedade actual e, seguidamente, os alunos eram convidados a falar sobre o que haviam constatado na investigação realizada em torno dos trabalhos propostos na semana anterior. No final deste seminário, era proposto um novo trabalho para a semana seguinte: perceber como é a morte encarada em diferentes grupos culturais ou étnicos diferentes dos seus.
- 3) O terceiro seminário destinava-se a tomar contacto com formas muito diferentes de encarar a morte e os seus rituais por diversas culturas, para além da discussão dos trabalhos realizados, os estudantes recebiam vários excertos de obras que relatavam estas vivências e suas especificidades para ler e comentar. O trabalho a realizar para o quarto seminário consistia em entrevistar cinco pessoas quanto às suas vivências familiares da morte.
- 4) O quarto seminário era relativo à morte vista pela família. Eram visionados dois filmes que retratavam a morte de um familiar da personagem principal e depois era incentivada a discussão em torno das entrevistas realizadas, dos filmes visionados e das próprias experiências dos formandos face a uma perda de um familiar.
- 5) O quinto dia de formação destinava-se a explorar os vários contextos onde os profissionais de saúde contactam com a morte e os tipos de funções que estes têm de desempenhar face à antecipação da morte e depois da morte ocorrer. Os profissionais de saúde eram incentivados a partilhar as suas experiências profissionais face à morte. Para preparar o seminário seguinte, era pedido aos alunos que entrevistassem cinco médicos indagando as suas maiores dificuldades no lidar com a morte, quais as mortes que os haviam marcado mais e que



diferenças sentiam face à forma como os enfermeiros lidavam com as mesmas questões.

- 6) No sexto seminário o tema tratado era o do significado da morte na prática clínica dos médicos. Os alunos eram incentivados a partilhar os resultados das entrevistas realizadas e a partilhar as suas próprias experiências pessoais e profissionais acerca do assunto.
- 7) O sétimo seminário incidia sobre as dificuldades dos enfermeiros no contacto com a morte. Sendo a maioria dos alunos enfermeiros, estes eram incentivados a formar pares de discussão em que tentariam identificar e partilhar as suas maiores dificuldades.
- 8) No oitavo seminário era visionado um filme sobre a perspectiva do paciente terminal acerca da sua morte. Os alunos eram incentivados a discutir o filme e a partilhar a sua própria experiência de contacto com pacientes que estão a morrer e as necessidades que eles lhes podem expressar.
- 9) O nono seminário era reservado para discutir as diferentes formas de comunicação em torno da morte, as diferentes expectativas face ao tipo de contacto e de comunicação que se deve ter com a pessoa que está a morrer. Formas de falar sobre a morte com crianças ou com idosos.
- 10) No último dia de formação eram discutidos aspectos morais e éticos em torno da eutanásia e das decisões de descontinuar o suporte essencial de vida. Vários casos em que estas decisões tinham de ser tomadas pela equipa eram apresentados e discutidos. Eram enfatizados os aspectos críticos das decisões em torno da morte e sua complexidade.

No final do curso, era pedido aos alunos que classificassem vários aspectos relativos à formação recebida (conteúdo, material de suporte, trabalhos, qualidade do formador, acompanhamento dos alunos, formas de avaliação) numa escala de Likert de cinco

pontos. Um ano decorrido, era enviado um questionário com várias questões abertas aos alunos para avaliar o impacto que a formação teve. As questões eram as seguintes:

- 1) De que forma o curso realizado aumentou o seu conhecimento acerca da morte e do morrer?
- 2) De que forma este curso influenciou as ideias que tinha acerca das necessidades apresentadas pelos pacientes em fase final de vida?
- 3) De que forma os conteúdos leccionados na formação influenciaram o modo como desempenha a sua profissão actualmente?
- 4) Qual foi para si a importância dos seguintes componentes do curso: trabalhos fora da sala de aula, discussões de ideias em sala de aula, trabalhos escritos, leitura de literatura fornecida?
- 5) Para si, pessoalmente, qual foi a experiência mais significativa ou o aspecto que mais o tocou durante o curso? Porque razões?

A avaliação feita pelos alunos no momento em que finalizavam a formação era globalmente muito positiva em relação a todos os aspectos da organização e conteúdos ministrados. A análise de conteúdo das respostas ao questionário enviado um ano após a formação revelou globalmente que os alunos achavam ter-se tornado mais atentos às necessidades dos que estavam a morrer e desenvolvido maior capacidade de comunicar abertamente com os seus pacientes acerca da morte sentindo-se mais capazes para enfrentar os seus próprios medos acerca da morte. Alguns tinham tomado a dianteira na criação de grupos de suporte para profissionais de saúde a trabalhar em contacto com a morte. A maioria dos respondentes tinha achado a formação muito útil no que respeita aos conteúdos veiculados e propostas de trabalho. Alguns dos aspectos mais significativos sentidos pelos alunos relacionavam-se com uma maior capacidade para viver as suas perdas partilhando os seus sentimentos ao invés de prosseguir como se nada tivesse acontecido.

Para Quint-Benoliel (1982, p.49): *“As to the effectiveness of the course, each person’s learning was dependent on a complex of factors including both a state of readiness to be open and his or her past experiences with death and dying. To the extent that the seminar experience influenced some portion of the participants to evaluate the meaning of death in their professional lives, the course made a contribution in the eyes of the instructor.”*.

### **2.4.3 A oferta educativa mais recente no âmbito da Educação para a morte para profissões de saúde**

Segundo Wass (2004) a partir de 1995 a maioria das associações americanas de médicos e enfermeiros salientou a importância de uma formação especializada para os profissionais que lidam com pacientes em fase final de vida. Desta situação nasceram diversos programas de formação, sobretudo orientados para os cuidados paliativos, com diferentes formatos destinados a contemplar as necessidades dos profissionais nestas áreas e que passaremos a apresentar sucintamente.

Desde 1996 a American Academy of Hospice and Palliative Medicine ([www. aahpm.org/](http://www.aahpm.org/)) desenvolve programas de formação pós-graduada para médicos e outros profissionais, envolvidos na prestação de cuidados paliativos, com diversos módulos destinados a cobrir as principais necessidades dos profissionais desta área: 1) diagnóstico e tratamento da dor e outros sintomas importantes, efeitos secundários dos tratamentos, elaboração de planos de tratamento atendendo aos avanços actuais, 2) identificação das componentes psicológicas envolvidas no cuidado a prestar a pacientes em fase final de vida, 3) Abordagens espiritual, existencial, social e cultural das necessidades do paciente em fase final de vida, 4) desenvolvimento de competências de comunicação com pacientes e suas famílias bem com percepção de princípios de dinâmica grupal para melhorar os processos de comunicação em equipas multidisciplinares que prestam cuidados em final de vida e nas quais o profissional de saúde se encontra inserido e 5) compreender os aspectos legais e éticos em torno da prática em cuidados paliativos.

No caso do pessoal médico a formação é complementada por 40 ou mais horas de formação clínica em locais especificamente designados e pela obrigatoriedade de seguimento clínico, elaboração de planos de tratamento e comunicação com a família de pelo menos cinco pacientes em fase final de vida.

Na página electrónica da associação encontram-se, para além dos resumos curriculares das formações e dos requisitos de acesso, os vários materiais didáticos que servem de suporte às mesmas em CDs e Livros, listagens de várias publicações recentes no âmbito da educação para a morte nos profissionais de saúde e divulgação de eventos internacionais relacionados com o tema.

Desde 1998, a American Medical Association desenvolve um programa de educação para a morte destinada a médicos o: “*Education for the Physicians on End-of-Life Care* (EPPEC)”([www.eppec.net/](http://www.eppec.net/)). Os programas de formação oferecidos podem ser mais globalmente orientados para as principais necessidades dos médicos que lidam com pacientes em final de via, independentemente do tipo de doença apresentada ou específica para a oncologia médica. A formação ministrada pode ser dada em sala de aula recorrendo aos materiais didáticos fornecidos pelo programa, por formadores devidamente treinados para ministrar a formação, ou podem ser acedida on-line por médicos que desejem realizar a formação em regime de e-learning.

Os módulos tratados na formação mais global abordam as seguintes temáticas:

- 1) Carências dos cuidados prestados em final de vida (contrasta os modos actuais de morrer nos E.U.A com as formas como as pessoas gostariam de morrer)
- 2) Aspectos legais subjacentes aos cuidados paliativos (procede a um enquadramento legal das acções e cuidados a prestar ao paciente em fase final de vida)
- 3) Modelos de cuidados paliativos (apresenta as várias formas de enquadrar o tipo de cuidados prestados em final de vida)

- 4) Controlo da dor I, II e III (três módulos acerca das normas específicas para identificação de fármacos e dosagem de substâncias, em diferentes tipos de dor e compreensão dos seus efeitos secundários)
- 5) Comunicação de notícias difíceis (módulo destinado a ajudar o médico a comunicar com o paciente e sua família notícias relacionadas com o mau prognóstico de uma doença ou com a aproximação da morte)
- 6) Antecipação de cenários possíveis (ajuda o médico a antecipar os diferentes aspectos complicados que podem ocorrer na evolução do quadro clínico do paciente, preparando-se melhor para os mesmos)
- 7) O médico e a eutanásia (módulo focado nas formas como pode reagir, humana e profissionalmente o médico se confrontado com pacientes que lhe pedem que os ajude a morrer)
- 8) Avaliação global do paciente (foca-se nos principais aspectos a que o médico deve estar atento para conseguir aliviar melhor o sofrimento ou as queixas apresentadas pelos seus pacientes)
- 9) Negociação de objectivos (destina-se a ajudar a estabelecer com o paciente e seus familiares metas ou objectivos realistas face ao tipo de cuidados que podem ser prestados dependendo da situação clínica do paciente, ajudando-os na concretização dos mesmos)
- 10) Gestão de situações agudas inesperadas (procura ajudar o médico a desenvolver capacidades para comunicar com o paciente e sua família em casos em que o prognóstico é incerto e em que uma situação de morte pode ser rápida e imprevisível)
- 11) Resolução de conflitos (ajuda o médico a desenvolver competências de comunicação em casos onde seja necessário resolver situações de conflito de opiniões ou de interesses que o envolvam)

12) Descontinuação de terapêuticas (aspectos éticos e técnicos em torno das decisões de retirar suporte essencial à vida como a alimentação, a hidratação ou a ventilação)

13) Sintomas físicos mais comuns em final de vida (pretende sensibilizar o médico para os sintomas físicos mais frequentemente apresentados por pacientes em fase final de vida e para as formas de proceder ao alívio ou eliminação dos mesmos)

14) Sintomas psicológicos em final de vida (apresenta a depressão, a ansiedade e o delírio como os sintomas mais frequentes e graves nos pacientes que estão a morrer e explica as melhores formas de lidar com estes sintomas ajudando o paciente e a sua família)

15) Últimas horas de vida (é descrito o processo normal de morte e o que é expectável que aconteça nessas horas, são apresentadas formas de confortar o paciente e ajudar a família nestes momentos de transição).

Esta formação tem uma duração prevista de uma hora por módulo o que perfaz 17 horas de aprendizagem prevista. Não foi encontrada qualquer menção a trabalho de campo, estágios ou encontros de discussão para os formandos, sobretudo se for na versão online. O formato de aprendizagem mais solitária, embora se revele útil para quem dispõe, como é o caso dos profissionais de saúde, de horários incertos, levanta algumas dúvidas face ao enquadramento e suporte psicológico dado ao formando que se confronta com o tema da morte, mesmo se ministrado mais objectivamente. Também notamos, nesta e na formação anterior, que apesar dos temas tratados irem ao encontro das necessidades mais específicas dos médicos, ignoram as vivências dos profissionais nestas circunstâncias, as suas percepções acerca da morte, os aspectos a que devem estar atentos em si próprios devido ao desgaste inerente à sua actividade, tipo de apoios a que podem recorrer, entre tantos outros.

Em 2000, a American Association of Colleges of Nursing propôs um programa de educação para os cuidados em final de vida designado: *“End of Life Nursing Education*

*Curriculum (ELNEC)*” ([www.aacn.nche/elneec/curriculum.htm](http://www.aacn.nche/elneec/curriculum.htm)). O plano de formação ELNEC foi desenvolvido para preparar ao nível pós-graduado, um corpo de enfermagem capaz de enfrentar as demandas da prestação de cuidados a pacientes em final de vida. O currículo base foca-se em diferentes áreas de cuidado em final de vida e é dividido em nove módulos:

- 1) Cuidados de enfermagem em final de vida – aborda globalmente a temática da morte e do morrer nos EUA, princípios e objectivos do movimento dos cuidados paliativos, principais obstáculos à prestação de cuidados com qualidade na fase final de vida, noções de cura versus alívio do sofrimento no cuidar, o papel do enfermeiro em cuidados paliativos.
- 2) Tratamento da dor – definições de dor e barreiras encontradas ao alívio eficaz da dor, avaliação do grau de dor, terapias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor
- 3) Tratamento de outros sintomas – compreensão pormenorizada dos sintomas mais comuns e com maior impacto na qualidade de vida do paciente e formas terapêuticas adequadas ao alívio dos mesmos.
- 4) Aspectos legais e éticos – confronto e resolução dos principais dilemas éticos colocados ao enfermeiro em cuidados paliativos.
- 5) Aspectos culturais nos cuidados paliativos – compreensão da multiplicidade de sistemas culturais e de crenças do paciente e dos seus familiares quando se aproxima o momento da morte e comunicação adequada a esses contextos por parte do enfermeiro.
- 6) Comunicação – treino intensivo de comunicação adequada a contextos de comunicação de más notícias, às interacções com o paciente que coloca questões difíceis, à interacção com familiares, à partilha de ideias e resolução de conflitos em equipas multidisciplinares.

7) Luto – tipos de luto e suas fases esperadas, apoio do enfermeiro no luto, o luto vivido pelo enfermeiro e suas necessidades de suporte.

8) A qualidade nos cuidados em fim de vida – desafios para o papel do enfermeiro nos cuidados prestados em final de vida, custos envolvidos na prestação de cuidados paliativos, introdução de conceitos como “boa morte” ou “morrer em paz” e seus significados em prestação de cuidados.

9) Cuidados a prestar no momento da morte – cuidados de conforto físico, psicológico e espiritual necessários em final de vida, apoio e preparação da família, reconhecimento do momento da morte e cuidados a prestar depois da morte.

A totalidade da formação (nove módulos com a duração mínima de uma hora cada) permite aceder a um diploma de treino em cuidados no final de vida. A associação oferece ainda a possibilidade frequentar módulos isolados, em circunstâncias especiais, mas estes não conferem diploma. A formação é presencial e ministrada por formadores com experiência relevante na área e treino específico fornecido pela própria associação.

Em 2003, o *Cancer and Pain Symptom Management Nursing Research Group*, desenvolveu um instrumento de formação para estudantes de enfermagem: o *Toolkit for nurturing excellence in end of life transitions* (TNEEL) ([www. tneel.uic.edu/demo.htm](http://www.tneel.uic.edu/demo.htm)).

Este instrumento de formação apresenta-se em formato multimédia interactivo e consiste no tratamento aprofundado de seis temas, divididos em módulos pensados em termos das competências necessárias à prestação de cuidados a pacientes em final de vida. O programa deve ser, idealmente, inserido em contexto de formação em sala de aula funcionando como uma disciplina ou dividido por várias disciplinas de formação pré-graduada em enfermagem. Todos os módulos de aprendizagem dentro de um tema específico contêm um enquadramento teórico, objectivos de aprendizagem, material de suporte audio-visual, vários estudos de caso e exercícios práticos, e listagens de bibliografia adicional.



Os temas abordados são:

- 1) Relações Interpessoais: com módulos de comunicação com o paciente e sua família, de ponderação das decisões no final de vida e de estabelecimento de relações de ajuda eficaz neste contexto.
- 2) Conforto: com módulos acerca dos objectivos de conforto, compreensão da dor e seu alívio, identificação de outros sintomas e seu alívio.
- 3) Ética: com módulos acerca das dificuldades em tomar decisões de descontinuar terapêuticas, aspectos éticos inerentes ao papel desempenhado pelo enfermeiro e aspectos éticos específicos em cuidados paliativos pediátricos.
- 4) Bem-Estar: com módulos relativos à vertente psicossocial dos cuidados prestados ao paciente, à atenção ao conceito de qualidade de vida e de esperança na fase final da vida, aos aspectos espirituais no cuidado ao paciente e às terapias complementares e alternativas disponíveis em cuidados paliativos.
- 5) Luto: com módulos acerca dos aspectos socioculturais do luto, das abordagens teóricas aos processos de luto, do luto antecipatório na família e das intervenções terapêuticas para dar apoio no luto.
- 6) Impacto da Morte: contendo módulos relativos à epidemiologia da morte, à economia da morte, e aos serviços que são prestados em torno da morte.

Também numa linha de formação multimédia, o *Institute for Healthcare Communication* disponibiliza vários instrumentos de formação, alguns dos quais na área da educação para a morte em profissionais de saúde ([www.healthcarecomm.org/](http://www.healthcarecomm.org/)) de entre os quais salientamos o “Conversations at the end of life-training kit”. Este instrumento contém seis módulos de formação com a duração de uma hora cada, sendo destinado à formação de grupos de profissionais de saúde. Os temas abordados são: 1) Contextualização dos cuidados paliativos e do conceito de “boa morte”, 2) Planeamento de cuidados em final de vida, 3) Mudança de expectativas profissionais em prestação de cuidados em final de

vida, 4) Antecipação da morte, procedimentos em torno da mesma e apoio no luto dos familiares, 5) Gerir comunicações difíceis e sentimentos negativos das famílias, 6) Gestão de conflitos provocados por diferenças culturais.

Todos os temas são suportados por filmes e textos apresentados em cada formação e que servem para estimular a discussão em torno dos vários temas.

Embora numa linha de formação mais específica dentro da área dos cuidados paliativos pediátricos o *Education Development Center. Inc* desenvolveu um programa educativo interessante e inovador denominado *Initiative for Pediatric Palliative Care* (IPPC) em funcionamento desde 2002 ([www.ippcweb.org/modules.asp](http://www.ippcweb.org/modules.asp)) destinado a profissionais de saúde a trabalhar na área pediátrica, com acesso quase gratuito por parte de profissionais e instituições a desenvolver trabalho com crianças necessitadas de cuidados paliativos.

O plano de formação apresenta cinco módulos: 1) o relacionamento com crianças com doenças graves e suas famílias, 2) o alívio da dor e de outros sintomas em crianças, 3) os desafios éticos das decisões de interromper tratamentos em final de vida a crianças, 4) apoiar a criança e a sua família no sofrimento e, posteriormente, no luto, 5) melhorar a comunicação e os laços afectivos com crianças e famílias em cuidados paliativos.

Cada módulo teórico é acompanhado por diversos materiais de suporte disponíveis e que incluem filmes, estudos de caso e exercícios práticos.

No âmbito da formação gostaríamos de salientar os programas de diversas naturezas e durações desenvolvidos pelo St. Christopher's Hospice ([www.stchristophers.org.uk](http://www.stchristophers.org.uk)) em Londres, onde começou em 1967 o movimento dos cuidados paliativos pela iniciativa de Cecily Saunders. Nesta instituição, a par dos cuidados prestados a pacientes em fase final de vida, decorrem regularmente cursos de formação específica para profissionais de saúde interessados na área dos cuidados em torno da morte e do luto. O programa desenvolvido para 2008 inclui, por exemplo, ao nível das formações de longa duração:

duas pós-graduações que decorrem ao longo de um ano lectivo, uma na área da intervenção em luto nos adultos e outra relativa ao luto infantil e um Mestrado em cuidados paliativos. Ao nível das formações breves encontram-se, entre outras, formações específicas para enfermeiros que querem trabalhar em cuidados paliativos (6 dias), para auxiliares de acção médica em cuidados paliativos (9 dias), cursos de uma semana destinados a profissionais de diversas áreas de saúde envolvidos nos cuidados paliativos e denominadas “*Multi-professional week in palliative care*”, vários cursos breves e workshops destinados a temas específicos em cuidados paliativos (ex: controlo da dor, cuidados a prestar às feridas, terapias alternativas, apoio no luto em diferentes fases de vida) e conferências diversas no âmbito dos cuidados a prestar em final de vida (ex: aspectos psicológicos do cuidado em final de vida, medo e ansiedade em cuidados paliativos, investigação em luto, arte-terapia e saúde, género e cuidados paliativos, cuidados em final de vida para pessoas deficientes mentais, entre outras).

Outras formações na área do lidar com a morte, que não abordaremos directamente direccionam-se para contextos diversos e podem incluir também familiares e pacientes como é o caso da formação em Psicologia da morte proposta por Kovacs (1991) ou a formação para a morte baseada na escuta, desenvolvida por Kebers (1999). Outras abordagens de natureza formativa são muito específicas e pouco detalhadas na sua apresentação, embora possam revestir-se de interesse. Falamos de abordagens onde a expressão artística é valorizada como forma de manifestar os receios em torno do contacto com a morte como por exemplo: 1) a de Bertman (1997) que descreve várias abordagens utilizadas pelas faculdades de Medicina, no primeiro ano, no sentido de facilitar a primeira experiência de contacto com um cadáver nas aulas de anatomia, através do desenho, discussão de poemas sobre o processo de morrer, observação e recriação de pinturas sobre o tema “dissecação”, e 2) a de Johnson, Cook, Giacomini e Willms (2000), que propõem a implementação de exercícios que permitam a comunicação entre os profissionais de saúde a trabalhar em cuidados intensivos, seus

pacientes e respectivos familiares, através da construção de diversas histórias acerca do paciente e do seu final de vida.

### III – ATITUDES PERANTE A MORTE

*“Man has created death”*

*Yeats (1865-1939)*

Embora a definição de atitude possa assumir várias formas na literatura, pode-se considerar que reúne consenso (Allport, 1985; Brewer e Crano, 1994).

As atitudes referem-se ao posicionamento de indivíduos ou grupos, tendo em conta as suas experiências subjectivas, face a um determinado aspecto. Representam um conceito que procura traduzir simultaneamente uma forma de agir e de pensar. As atitudes são sempre referidas a um tema ou objecto específico e incluem sempre uma dimensão avaliativa que permite que uma atitude possa ser expressa em termos de “gosto *versus* não gosto” ou de “concordo *versus* discordo” (Lima, 1993).

Os indivíduos podem diferir nas atitudes face a um mesmo aspecto, mas estas diferenças não surgem no acaso da subjectividade. As atitudes são construídas na interacção social, resultam de processos de comparação, identificação e diferenciação sociais que vão permitindo ao indivíduo reconhecer qual a sua posição relativamente aos que o rodeiam, face a um aspecto específico (Lima, 1993).

Fishbein e Ajzen (1975) definem atitude como a força das crenças relativas a um determinado objecto, pesado pela avaliação que o indivíduo faz dessas mesmas crenças.

As crenças são informações de que uma pessoa dispõe acerca de um objecto e que podem ser associadas a uma maior probabilidade de veracidade (ex. a existência de vida depois da morte). As atitudes espelham assim em que medida as crenças construídas por informação reunida ao longo da nossa vida, numa dada época histórica e numa determinada cultura, através de processos de interacção social, alteram a forma de pensar face a um determinado aspecto. (Lima, 1993)

O estudo das atitudes tem motivado dezenas de autores e foi considerado por Allport (1935, cit. p.Oskamp, 1997) como o conceito mais proeminente e indispensável da Psicologia Social contemporânea, sendo esta definição tão verdadeira na época como o é nos dias de hoje.

O estudo das atitudes tem interessado particularmente a investigadores de diversas áreas por se julgar que as mesmas estão na base de comportamentos ou acções específicas, ou seja, por se pensar que as atitudes constituem poderosos componentes no processo de tomada de decisão em várias áreas (Brewer e Crano, 1994).

Um dos modelos mais reconhecidos para caracterizar as atitudes e as respostas observadas decorrentes das mesmas é o de Rosenberg e Hovland (1960). Este modelo, denominado de modelo dos três componentes das atitudes, prevê que perante determinados estímulos (ex. indivíduos, situações, objectos específicos, etc.) vão emergir atitudes que condicionam o comportamento do indivíduo no sentido de o predispor a responder a esses mesmos estímulos de três formas possíveis:

1. afectivamente (manifesto através das respostas do sistema nervoso autónomo espoletado pelo sistema límbico, quer através da expressão verbal de afecto),
2. cognitivamente (manifesto nas afirmações verbais no domínio das crenças) ou
3. comportamentalmente (manifesto nos comportamentos observáveis ou através das afirmações verbais relativas a acções).

Este modelo propõe igualmente a noção de que os diversos tipos de resposta atitudinal estão relacionados entre si podendo surgir simultaneamente (perspectiva pluridimensional das atitudes), embora segundo Lima (1993) grande parte das definições de atitudes propostas posteriormente incidam apenas sobre uma única forma de resposta (perspectiva unidimensional).

Relativamente à mensuração das atitudes, esta corresponde à avaliação de um destes três tipos de resposta propostos por Rosenberg e Hovland (1960).

A mensuração das atitudes, em Psicologia Social, levou ao desenvolvimento de formas estruturadas de avaliação (Lima, 1993), que podem ser divididas em três grandes grupos: as técnicas de papel e lápis (escalas de atitudes), as técnicas psicofisiológicas (medidas dos vários tipos possíveis de respostas do corpo ao nível da fisiologia) e as técnicas de observação dos comportamentos (medidas comportamentais).

Para este trabalho em particular o tipo de medida escolhida para operacionalizar as atitudes perante a morte foi uma escala de atitudes.

As escalas de atitudes são construídas sobre o pressuposto de que podemos medir as atitudes através das crenças, opiniões e avaliações das pessoas acerca de um determinado objecto.

### **3.1 As atitudes perante a morte e sua mensuração**

As atitudes perante a morte fazem a ligação entre a morte percebida como ocorrência final, irreversível e universal e os aspectos que consideramos importantes na nossa vida (Tomer, 2000).

O estudo das atitudes perante a morte tornou-se um tópico de maior interesse no âmbito das publicações científicas a partir da década de 50, coincidindo com o final da II Grande Guerra Mundial, em grande parte devido ao trabalho pioneiro de Herman Feifel, cujo contributo se estendeu ao longo de várias décadas em áreas de grande relevância para a investigação das atitudes perante a morte (Neimeyer e Fortner, 1997; Neimeyer, Wittkowsky e Moser, 2004). Existem no entanto alguns estudos interessantes nesta área, publicados antes da década de 50 como por exemplo o de Middleton (1936) com uma metodologia não muito diferente da utilizada até há bem pouco tempo.

Durante a década de 60 o volume de publicações aumentou consideravelmente à medida que aumentava o interesse popular pelo assunto da morte, embora tenha sido a década de 70 a mais significativa no que concerne a quantidade de artigos e livros publicados

bem como a geração de instrumentos destinados à mensuração das atitudes perante a morte (Neimeyer, 1994a). Também a década de 70 foi pródiga em investigações que conduziram à revisão de diversos contributos nesta área e à melhoria significativa de alguns dos instrumentos desenvolvidos anteriormente (Kastenbaum e Costa, 1977).

Na primeira metade da década de 80 assistiu-se a um abrandamento na quantidade de publicações e de instrumentos gerados. Entre alguns dos contributos desta época encontramos alguns de excepcional qualidade como o de Palgi e Abramovitch (1984) já antecipando a vertente transcultural do estudo das atitudes perante a morte. Na segunda metade desta década ressurgiu novamente o interesse em torno do tema, que tem perdurado, caracterizado por uma expansão gradual das investigações desenvolvidas inicialmente na América do Norte para a Europa, Médio Oriente e Ásia (Neimeyer et al, 2004).

Ao longo das várias décadas em que se processou o desenvolvimento de investigações em torno das atitudes perante a morte e da sua mensuração foram-se desenvolvendo áreas mais ou menos consistentes em torno das quais podem ser agregados alguns dos estudos realizados no âmbito das atitudes perante a morte (Neimeyer e Fortner, 1997; Neimeyer et al, 2004):

### **3.1.1 Atitudes perante a morte no envelhecer**

Encontramos, de uma forma sucinta, neste âmbito: a) estudos que apontam para a presença de níveis mais elevados de ansiedade perante a morte associados ao envelhecer (Feifel, 1956; Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e Nagy, 1980), b) estudos que não encontram relação significativa entre o envelhecimento e o surgimento de atitudes negativas ou de maior ansiedade face à morte (Lester, 1967; Wittkovsky, 1988) e c) estudos que encontram no envelhecimento menor incidência de atitudes negativas e de ansiedade perante a morte se compararmos com fases de ciclo de vida diferentes (Gesser, Wong e Reker, 1987-88; Neimeyer, 1985; Thorson e Powell, 1989).



Os estudos mais recentes abordando esta temática parecem apontar para um aumento da ansiedade perante a morte nos indivíduos mais velhos, quando têm cumulativamente: 1) problemas de saúde, 2) história de problemas psicológicos anteriores, 3) menor crença religiosa, 4) menor satisfação perante a vida e 5) vivência diária em lares ou instituições por contraposição com os que estão em suas casas (Fortner, Neimeyer e Rybarczyk, 2000). Quando se procede à comparação dos valores obtidos entre idosos da mesma faixa etária, parecem existir diferenças no tipo específico de medo perante a morte que apresentam, podendo este ser influenciado por perdas mais ou menos recentes que viveram (Thorson e Powell, 1994; Florian e Mikulincer, 1997) e as atitudes também variam significativamente consoante a proveniência cultural (DePaola, Griffin, Young e Neimeyer, 2003).

O evoluir dos estudos neste domínio parece indicar a necessidade de especificar os contextos de estudo face aos mais idosos pois as diferenças encontradas, sobretudo ao nível das atitudes, serão difíceis de explicar apenas recorrendo à fase do ciclo de vida em que as pessoas se encontram e não tendo em conta as suas experiências enquanto indivíduos (Kastenbaum, 2000; Wong, 2000).

### **3.1.2 Atitudes perante a Morte na doença**

Os estudos conduzidos por Feifel e Branscomb (1973) são dignos de nota também neste campo, por terem procurado estudar as atitudes individuais perante a morte em situações muito diferentes, tais como: doenças terminais, doenças crónicas e degenerativas, doenças mentais de diversos foros, doentes institucionalizados e não institucionalizados, comparando depois os resultados obtidos com os de pacientes saudáveis. Feifel e Branscomb (1973) não encontraram diferenças significativas, ao nível do medo consciente da morte, nas diversas populações em estudo, no entanto, a simplicidade da medida escolhida para averiguar o nível consciente do medo da morte (uma única

pergunta com justificação pedida: “Tem medo da sua própria morte? Porquê?”) poderá naturalmente ter contribuído para um menor alcance dos resultados obtidos.

Para além do estudo de Feifel et al (1973) outras investigações chegaram a resultados inconclusivos no que respeita a relação entre a doença e o medo da morte (Robinson e Wood, 1984; Wagner e Lorion, 1984).

Houve no entanto alguns investigadores que encontraram resultados que parecem mostrar uma maior incidência de ansiedade perante a morte em alguns contextos específicos de doença (Fortner e Neimeyer, 1999; Kureshi e Hussein, 1981) quando comparados com os resultados de pessoas saudáveis.

O contexto onde maiores diferenças têm sido detectadas, talvez pela investigação mais intensiva desenvolvida nas últimas duas décadas é a dos doentes com HIV positivo ou com SIDA. Várias investigações demonstraram existirem nestes pacientes níveis mais elevados de ansiedade perante a morte, sobretudo em indivíduos com pouco suporte social e recursos económicos (Neimeyer et al, 2004).

Outros estudos conduzidos nesta área parecem demonstrar que são variáveis como o sentido de vida ou o grau de religiosidade, e não tanto a doença *per se*, que contribuem para a maior ou menor ansiedade perante a morte apresentada pelos indivíduos (Tedeschi, Park e Calhoun, 1998).

### **3.1.3 As atitudes perante a morte nas perturbações psicopatológicas**

Vários estudos focaram a forma como a morte é percepcionada em diferentes tipos de perfis tidos como psicopatológicos. Inicialmente estudos de caso qualitativos, permitem perceber o tipo de reacções de maior aproximação ou de evitamento face à morte, em indivíduos com diagnóstico de patologias como a esquizofrenia, a psicose maníaco-depressiva, a ansiedade fóbica ou a depressão, embora sejam de extrapolação duvidosa (Gordon, 1961).

Estudos posteriores desenvolvidos por Feifel e Herman (1973) não conseguiram distinguir doentes neuróticos de doentes psicóticos face aos níveis de ansiedade perante a morte em nenhum dos três níveis de análise (consciente, fantasia e inconsciente), nem encontraram diferenças significativas entre estes grupos e amostras de pessoas sem diagnóstico no âmbito da psicopatologia.

Estudos mais recentes, ao invés de recorrer a população com diagnóstico no âmbito da psicopatologia, aplicaram escalas destinadas a medir estas características em amostras de população geral tendo analisado a sua correlação com os resultados obtidos em escalas de mensuração de atitudes perante a morte. Alguns destes estudos (Howells e Field, 1982; Westman e Brackney, 1990) concluíram que níveis mais elevados de neuroticismo estão associados a níveis mais elevados de ansiedade perante a morte.

Outros estudos procuraram investigar as diferenças entre a ansiedade causal (estado) e a ansiedade global (traço) nos resultados em escalas de ansiedade perante a morte, conseguindo verificar que os indivíduos que apresentam níveis mais elevados de ansiedade perante a morte também apresentam valores mais elevados de ansiedade geral (Conte, Weiner e Plutchik, 1982) e que a elevação da escala da depressão do MMPI e na escala de depressão de Zung, acompanha os valores mais elevados de ansiedade perante a morte obtidos em populações psiquiátricas (Loneto e Templer, 1986 cit p. Neimeyer et al, 2004).

Um estudo particularmente interessante desenvolvido por Lester (1987) mostrou que os adolescentes que apresentavam ideação suicida apresentavam níveis mais baixos de medo perante a morte do que os adolescentes que não apresentavam esta ideação.

#### **3.1.4 As atitudes perante a morte em diferentes vivências religiosas**

Quase todos os estudos em que foi tida em conta a variável “religiosidade” parecem indicar que níveis mais elevados de crença religiosa exercem um efeito atenuador nos níveis de ansiedade ou de medo perante a morte (Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e

Nagy, 1981; Rigdon e Epting, 1985; e Thorson e Powel, 1990). Esta tendência acompanha os estudos transculturais (Suhail e Akram, 2002).

Outros estudos mais específicos como os de Florian e Kravetz (1983) relativamente à religião judaica e os de Abdel Khalek (1998) em relação à religião muçulmana mostraram que diferentes graus de religiosidade podem reflectir diferentes tipos específicos de medo perante a morte e não necessariamente a diminuição de medo.

### **3.1.5 As atitudes perante a morte nas profissões de saúde e nos prestadores de cuidados em geral**

Embora tenhamos já referido aspectos mais específicos deste tema no capítulo referente aos profissionais de saúde perante a morte, importa referir uma conclusão central do trabalho pioneiro de Herman Feifel nesta área. Feifel (1969) refere ter sido, por várias vezes, alvo de bloqueios sistemáticos aos seus estudos acerca das atitudes perante a morte em pacientes por parte de médicos. Isto levou-o a avançar para a hipótese de que os médicos podem igualmente ter dificuldade em veicular informação acerca da gravidade da doença por eles próprios terem dificuldade em lidar com o tema da morte ou terem atitudes exageradamente negativas face à mesma.

## **3.2 As medidas desenvolvidas para a mensuração das atitudes perante a morte**

Para Neimeyer e Fortner (1997) existem múltiplas questões em torno da mensuração das atitudes perante a morte. A primeira remete para a dúvida sobre se os pensamentos, sentimentos e tendências comportamentais, no que concerne a nossa própria morte, são mais facilmente acessíveis através de medidas directas ou através de medidas indirectas.

Outra questão importante é a de saber se as pessoas podem ter diferentes níveis de percepção e consequentemente, de atitudes no que respeita a morte (mais conscientes ou mais inconscientes) que não se conseguem diferenciar. As perguntas directas acerca

do medo que se tem da morte permitiriam aceder à componente consciente, mas segundo Feifel e Branscomb (1973), há ainda que ter em conta o nível da fantasia e o nível que está abaixo da capacidade de percepção (inconsciente) e que não podem ser acedidos da mesma forma. Deste modo, propuseram uma bateria de instrumentos destinada a medir a ansiedade perante a morte nos níveis: consciente, fantasia e inconsciente. A medida consciente reduzia-se à simples pergunta: “Tem medo da morte?”, sendo as respostas afirmativas interpretadas como evidência de um medo consciente da própria mortalidade. Ao nível da fantasia era pedido aos sujeitos que descrevessem ideias ou imagens que emergiam no seu pensamento quando pensavam em morte, sendo estas codificadas como positivas, negativas ou neutras. Para aceder ao nível inconsciente eram pedidas ao sujeito associações de palavras e tarefas de memória semântica tendo como tema a morte.

Também nesta linha de medidas Kastenbaum e Aisenberg (1983) pediram aos sujeitos que personificassem a morte atribuindo-lhe características físicas e psicológicas. O tipo de personificação variava, desde imagens macabras e desfiguradas, a figuras suaves e consoladoras, a pessoas insensíveis e desprovidas de qualquer sentimento, a figuras sofisticadas e atraentes com características de alta sociedade ou outras vezes remetiam para imagens de pessoas conhecidas.

Este tipo de medidas revelou em diversos estudos que os sujeitos tendem a apresentar, ao nível consciente, um padrão de menor medo da morte, mas que este padrão não se mantém nem no nível de fantasia nem no inconsciente, onde os indicadores de medo perante a morte estão claramente aumentados. Esta discrepância constitui um aspecto importante na investigação metodológica nesta área.

Outras tentativas de medir o medo não consciente da morte deram lugar a experiências muito diversificadas mas que não encontraram resultados suficientemente consistentes para se afirmarem como medidas adequadas. Entre estas encontramos a medição da reacção do sistema nervoso autónomo quando são mostradas ao indivíduo palavras

relacionadas com a morte. Através do registo das alterações da condutividade da pele (GSR – resposta galvânica da pele). Esta linha de estudo permitiu constatar que a leitura de palavras relacionadas com a morte provocava mais reacções ao nível do sistema nervoso simpático do que a leitura de palavras neutras. Porém, não se conseguiu diferenciar a reacção quando em vez de palavras neutras se usavam palavras com alguma carga afectiva ainda que não relacionadas com a morte (Kastenbaum e Costa, 1977).

Uma outra abordagem indirecta ao medo da morte concretizou-se através da medição dos tempos de latência numa tarefa de associação de palavras. Estas misturavam palavras relacionadas com a morte e outras palavras. Os resultados não evidenciaram uma associação entre tempos de latência e relação semântica das palavras com a morte. Da mesma forma, não encontraram correlações significativas entre os tempos de resposta e itens de escalas de ansiedade perante a morte (Golding, Atwood e Goodman, 1966).

O uso de testes projectivos, nomeadamente o TAT (Thematic Aperception Test) mostrou que na maior parte dos casos só uma percentagem muito baixa de histórias (15 em 1008) apresentava conteúdos manifestos de preocupação com a morte (Kastenbaum e Costa, 1977).

Outras medidas indirectas foram propostas, sem grande impacto no âmbito da investigação das atitudes perante a morte, tais como: a interpretação dos conteúdos latentes dos sonhos, auto avaliações do humor feitas depois da exposição a textos sobre o tema da morte, tarefas envolvendo o completar de frases com conteúdos relacionados com a morte, processos de memorização de palavras relacionadas com a morte versus palavras neutras (Kastenbaum e Costa, 1977).

Para Kastenbaum e Costa (1977: p. 236): *“The problem of assessing unconscious material is hardly new to psychologists, but rarely has it been handled satisfactorily. Since the hypothesis that death is universally feared is so widely held, there is a temptation to*

*infer “defense” in the absence of manifest fear.”* Os autores concluem a sua revisão das medidas indirectas mais utilizadas afirmando que: “*The cognitive dimensions of death concern appear more amenable to present methodology and might provide a suitable entry point for researchers new to this field*”.

A opinião de que seria necessário trabalhar com medidas mais específicas ao nível da dimensão cognitiva ou consciente ecoou em muitos campos e trouxe uma onda de investigações que geraram e testaram instrumentos progressivamente válidos e consistentes. Embora presentemente estas medidas tenham ainda margem para melhoria, existe já um número considerável de instrumentos avaliados como muito bons psicometricamente e que medem não apenas a ansiedade, a ameaça ou o medo perante a morte mas também outra gama de aspectos tais como diferentes formas de aceitação da morte, coping e auto-eficácia perante a morte.

Neimeyer (1994), Neimeyer e Fortner (1997) e Urien (2003) apresentam alguns dos instrumentos que consideram ser as medidas de atitudes perante a morte melhor validadas presentemente e que são: 1) a *Revised Death Anxiety Scale* ou Escala de Ansiedade perante a Morte revista (Templer, 1970; Thorson e Powell, 1994), 2) a Collett – Lester Fear of death Scale ou Escala de Medo da Morte de Colett – Lester (Colet e Lester, 1969; Lester, 1994), 3) o Threat Index ou Índice de Ameaça (Krieger et al, 1974; Neimeyer, 1994), 4) a *Multidimensional Fear of Death Scale* ou Escala Multidimensional de Medo da Morte (Hoelter, 1979; Neimeyer e Moore, 1994), 5) a *Fear of Personal Death Scale* ou Escala de Medo Pessoal da Morte (Florian e Kravetz, 1983), 6) o *Death Attitude Profile-Revised* ou Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto (Wong, Reker e Guesser, 1994), 7) a *Coping with Death Scale* ou Escala de Coping perante a Morte (Bugen 1980-81) e a 8) *Death Self-Efficacy* ou Escala de Auto-Eficácia perante a Morte e Doação de órgãos (Robbins, 1994).

Procederemos a uma revisão mais aprofundada destes instrumentos e acrescentamos ainda a 9) *Death Obsession Scale* ou Escala de Obsessão com a Morte de Abdel Kahlek

(1998), por constituir um dos raros exemplos que conhecemos de escalas cuidadosamente desenvolvidas e ajustadas a culturas e línguas distintas das habituais, nesta linha de investigação, e que permitem a verdadeira investigação transcultural no campo das atitudes perante a morte.

Embora nos tenhamos naturalmente deparado com vários outros instrumentos de medidas atitudinais perante a morte que nos pareceram interessantes, as suas características psicométricas iniciais, a sua divulgação mais restrita, o seu menor uso continuado e adaptado em investigação, ou um muito recente surgimento fizeram com que se tornassem menos visíveis e com resultados mais dificilmente extrapoláveis, embora não necessariamente com menor potencial. Seguem-se apresentados sucintamente, alguns dos instrumentos referidos:

1) *Reactions Toward Death and Future Life Questionnaire* ou Questionário de Reacções perante a Morte e a Vida Futura (RTDFLQ) de Midleton (1936),

2) *Attitudes Toward Death and Dying Questionnaire* ou Questionário de Atitudes acerca da Morte e do Morrer (ATDDQ) de Kalish (1963),

3) *Fear of Death Scale* ou Escala de Medo da Morte (FDS) de Boyar (1964),

4) *Lester Attitude Toward Death Scale* ou Escala de Atitudes perante a Morte de Lester (LATDS) de Lester (1967),

5) *Death Perspective Scale* ou Escala de Perspectiva sobre a Morte de Hooper e Spilka (1970),

6) *Death Concern Scale* ou Escala de Preocupação com a Morte (DCS) de Dickstein (1972) e Klug e Boss (1976) e Klug e Sinha (1987),

7) *Death Anxiety Scale* ou Escala de Ansiedade Perante a Morte (DAS) de Nelson e Nelson (1975),

8) *Death Anxiety Inventory* ou Inventário de Ansiedade Perante a Morte (DAI) de Templer (1976) e Lester e Templer (1992-93),



- 9) *Sense of Symbolic Immortality Questionnaire* ou Questionário de Imortalidade Simbólica (SSIQ) de Selltiz, Wrightsman e Cook (1976),
- 10) *Death Anxiety Questionnaire* ou Questionário de Ansiedade Perante a Morte (DAQ) de Conte, Weiner e Plutchick (1982),
- 11) *Leming Fear of Death Scale* ou Escala de Medo da Morte de Leming (LFDS) de Leming e Dickinson (1985),
- 12) *Sense of Symbolic Immortality Scale* ou Escala de Imortalidade Simbólica (SSIS) de Drolet (1986, 1990),
- 13) *Death Attitude Repertory Test* ou Teste de Reportório de Atitudes perante a Morte (DART) de Neimeyer, Bagley e Moore (1986),
- 14) *Death Depression Scale* ou Escala de Depressão Perante a Morte de Templer, Lavoie, Chalgujian e Thomas-Dobson (1990),
- 15) *Frommelt Attitudes Toward the Care of Dying* ou Atitudes Perante o Cuidado aos que Morrem de Frommelt (FATCOD) de Frommelt (1991),
- 16) *Personal Meaning of Death Scale* ou Escala do Sentido Pessoal de Morte (PMI) de Cicirelli (1998),
- 17) *UAB-99 ou Questionário da Universidade Autónoma de Barcelona-99* de Bayés, Limonero, Romero e Arranz (2000),
- 18) *Multidimensional Death and Dying Orientation Inventory* ou Inventário Multidimensional de Orientação para a Morte e o Morrer (MDDOI) de Wittkowski (2001) e
- 19) *Reasons for Death Fear Scale* ou Escala de Razões para o Medo da Morte (RDFS) de Abdel-Khalek (2002a).

Procederemos de seguida a uma revisão mais aprofundada dos instrumentos presentemente considerados os mais utilizados e melhor validados, para a medida das atitudes perante a morte.

### **3.2.1 A *Revised Death Anxiety Scale* ou Escala de Ansiedade Perante a Morte Revista (RDAS)**

De entre os instrumentos destinados a medir atitudes perante a morte, a Death Anxiety Scale ou Escala de Ansiedade Perante a Morte (DAS), desenvolvida e proposta por Donald Templer (1970), é inequivocamente a mais utilizada.

A DAS é constituída por 15 itens apenas com resposta possível entre “verdadeiro” e “falso” e cuja pontuação varia entre 0 e 15, sendo que, quanto mais elevada a pontuação, maior o grau de ansiedade perante a morte. A sua aplicação pode ser feita de duas formas: ou enquadrando-a nos últimos 200 itens do MMPI (*Minnesota Multiphasic Personality Inventory* de Hathaway e McKinley, 1951 cit. p. Templer, 1970), ou isoladamente. Pretende medir um único constructo: a ansiedade perante a morte

Num estudo de validação da escala, Templer, Ruff e Franks (1971) aplicaram a DAS a quatro grupos diferentes: 1) 283 residentes numa zona habitacional de classe média-alta, 2) 125 pessoas de nível sócio-económico baixo, auxiliares num hospital neuropsiquiátrico, 3) 137 pacientes psiquiátricos com diagnósticos variados e 4) 743 estudantes de liceu, seus pais (n=569) e mães (n=702). Da análise dos resultados obtidos Templer et al (1971) constataram que apesar de não existirem diferenças significativas entre resultados de pessoas com diferentes idades, as mulheres de todos os grupos apresentavam níveis significativamente mais elevados de ansiedade perante a morte do que os homens. Também constatou que pais e filhos e mães e filhas obtinham valores muito próximos na DAS.

Posteriormente foram realizados diversos estudos procurando averiguar a estrutura factorial da DAS. Warren e Chopra (1978-79) ao aplicar a DAS a população universitária Australiana, constataram que esta apresentava uma estrutura factorial tripartida explicativa de 38% da variância encontrada. Denominaram os três factores encontrados de: 1) ansiedade perante a morte , 2) factor geral de preocupação e 3) medo da morte e das intervenções cirúrgicas.

Lonetto, Fleming e Mercer (1979) aplicaram a DAS as diversas populações (estudantes universitários do Canadá e da Irlanda do Norte, enfermeiras recém formadas, pessoal de agências funerárias e membros de associações sem fins lucrativos. A análise dos resultados evidenciou quatro factores independentes, comuns a todos os grupos e que denominaram de: 1) cognitivo-afectivo, 2) alterações físicas, 3) consciência do tempo e 4) stress e dor. Os quatro factores explicavam 64% da variância para os grupos estudados.

Lester e Castromayor (1993:114) ao aplicar a DAS a 124 estudantes de enfermagem filipinos encontraram igualmente uma estrutura multifactorial da DAS: *“a factor analysis of the Templer Death Anxiety Scale (...) identified six factors, indicating that Templer’s scale is dimensionally complex”*.

Abdel-Khalek, Beshai e Templer (1993), aplicaram a versão egípcia da DAS a 428 estudantes universitários, e depararam-se com cinco factores responsáveis pela explicação de 54% da variância total.

Shagino e Kliné (1996) aplicaram a versão italiana da DAS a 257 voluntários da população geral e encontraram igualmente uma estrutura multifactorial, com três factores que denominaram de: 1) medo da morte e do morrer, 2) passagem do tempo e 3) medo da dor e das intervenções cirúrgicas.

A conclusão de que possivelmente a DAS corresponde a uma medida multifactorial aparece na obra de Lonetto e Templer (1986) onde afirmam que todos os estudos

psicométricos em torno da DAS confirmam a existência de pelo menos quatro factores subjacentes a esta medida de ansiedade perante a morte.

A constatação sistemática de uma estrutura multidimensional na DAS, embora divergente entre alguns estudos, levantou algumas questões, sobretudo devido à dimensão da própria escala, considerada minimalista com apenas 15 itens. Este facto deu início a diversas tentativas de modificação da escala proposta por Templer (1970), no sentido de a tornar mais adequada ao seu propósito inicial.

Nehrke (1973 cit p. Thorson e Powell, 1994) combinou a escala concebida por Templer com a Escala de Medo da Morte (Boyar, 1964) dando origem à primeira adaptação conhecida da DAS.

Thorson e Powell (1994) interessaram-se por esta nova versão que apresentava 34 itens cuja resposta deveria ser dada em termos de “verdadeiro” ou “falso” sendo a pontuação elevada indicativa de maiores níveis de ansiedade perante a morte. Aplicaram este instrumento a 659 pessoas de diferentes sexos e idades, procederam à factorialização dos resultados e encontraram quatro factores. Foram estes o: 1) medo do isolamento e da imobilidade (51,7% da variância explicada), 2) medo da dor (11,8%), 3) medo da morte como estado definitivo (16,5%) e 4) medo da inumação e da decomposição (12,7%).

Estes resultados levaram os autores a sugerir uma alteração de alguns aspectos desta escala, visto julgarem que se encontrava mais orientada para a claustrofobia e para o isolamento do que para a medida da ansiedade perante a morte propriamente dita. Procederam então à revisão do instrumento eliminando alguns itens, reformulando outros e ainda acrescentando alguns da sua autoria.

A versão proposta por Thorson e Powell (1994), a DAS-R, é constituída por 25 itens cuja factorialização varia, consoante os estudos realizados, entre os 4 e os 7 factores. Os autores afirmam que a sua proposta é sensível a diferentes faixas etárias

discriminando-as e apresenta bons níveis de fiabilidade, embora não diferencie níveis de religiosidade intrínseca.

Para estudos gerais os autores propõem uma factorialização em 7 factores: 1) medo da incerteza e de não estar presente depois da morte, 2) medo da dor associada com a morte, 3) preocupação com o modo como vai ser tratado o corpo depois da morte, 4) medo de se sentir desamparado e de perder o controlo, 5) preocupação com a vida depois da morte, 6) medo da decomposição e 7) preocupação com o deixar directivas acerca de como devem ser feitas as coisas depois da sua morte.

Esta sugestão surge após se ter constatado a instabilidade factorial com várias populações tendo os autores optado por propor a solução mais abrangente.

Thorson e Powell (1994, 2000) avançaram igualmente com a ideia de que são as diferentes formas de construir o significado da morte que vão alterar, em cada população, as respostas fornecidas e consequentemente os pesos factoriais dos vários itens à semelhança do proposto por Conte, Weiner e Plutchick (1982). A instabilidade é aparente. De facto, trata-se de variação que corresponde ao requisito primeiro da validade divergente.

Mais recentemente, estudos realizados no sentido de confirmar esta estrutura factorial proposta para a DAS-R chegaram a soluções factoriais substancialmente diferentes deixando em aberto o campo de investigação em torno deste instrumento (Tomer, Eliason e Smith, 2000: 112, 117): *“Exploratory factor analysis of the RDAS reported either four or seven factors”* e *“instead of four dimensions, three dimensions are sufficient to explain the pattern of correlations among the items of RDAS”*. Em suma, a multidimensionalidade do constructo parece um dado adquirido, mas a estabilidade factorial não parece ainda assegurada por esta escala sendo a sua popularidade eventualmente explicada pela vantagem que apresenta no reduzido número de itens.

### **3.2.2 A Colett-Lester Fear of Death Scale ou Escala de Medo da Morte de Colett – Lester**

A Escala de Medo da Morte de Colett – Lester foi construída em 1969 (Collet-Lester, 1969) embora só tenha sido publicada formalmente quase três décadas depois (Lester, 1994).

Esta escala foi desenvolvida na tentativa de tornar mais homogêneo o conteúdo de outras escalas destinadas a medir o medo da morte que tinham sido apresentadas na época.

Para atingir esse propósito Collet e Lester (1969) não contemplaram na sua escala itens relativos a funerais e cemitérios. Posteriormente Lester e Blustein (1980) construíram uma outra escala apenas relativa a atitudes perante funerais.

Na construção da sua escala de medo da morte, Collet e Lester (1969) procuraram proceder à distinção entre “morte” e “processo de morrer” e entre atitudes acerca do que acontece ao “próprio” e acerca do que acontece aos “outros”. Esta distinção deu origem a quatro diferentes sub-escalas: 1) Medo da morte do próprio, 2) Medo da morte dos outros, 3) Medo do processo de morrer no próprio e 4) Medo do processo de morrer nos outros.

Os autores reportaram algumas dificuldades na construção de itens relativos à sub-escala “ Medo do processo de morrer no próprio” que se traduziu num número inferior e desigual de itens desta face às restantes sub-escalas, com alguns aspectos da cotação global não inteiramente consensuais (Lester, 1994).

Apesar de só recentemente publicada esta escala foi amplamente utilizada em diversos estudos por pedido directo aos autores, tendo-se encontrado alguns resultados relativos à sua validade, garantia bem como de adequação e utilidade no contexto da mensuração das atitudes perante a morte (Lester, 1994).

Relativamente à fiabilidade teste-reteste apenas o estudo conduzido por Rigdon e Epting (1985) reportou uma correlação de .55 entre os resultados do teste, em aplicações com 7 semanas de distância.

Quanto às análises factoriais realizadas por diversos autores (Livneh, 1985; Shultz, 1977 e Lester, 1974) estas não encontraram uma estrutura de factores compatíveis com as escalas geradas por Collet e Lester (1969).

No que respeita a validade concorrente, com outras escalas para medir o medo da morte realizados por Durlak (1972,1973b), Lester (1974) e Neimeyer, Bagley e Moore (1986) suportam a adequação desta escala para a medida do medo da morte.

Correlações realizadas entre os resultados obtidos na escala de medo da morte de Collet-Lester e a ocupação profissional mostraram que os bombeiros e os polícias apresentavam medos mais pronunciados da morte do que estudantes universitários (Hunt, Lester e Ashton, 1983). Bombeiros e profissionais de agências funerárias apresentavam mais medo da morte do próprio do que secretárias, professores e contabilistas (Lattanner e Hayslip, 1984-85). Estudantes de medicina também tinham valores mais elevados de medo da morte do que estudantes de direito (Fang e Howel, 1976). Estes estudos parecem identificar uma tendência para que profissões com maior contacto com a morte tenham níveis mais elevados de medo da morte e do processo de morrer do que pessoas com outras ocupações.

Foram igualmente encontrados níveis mais elevados de medo perante a morte nas mulheres do que nos homens (Livneh, 1985; Neimeyer et al, 1986 e Rigdon e Epting, 1985).

*Revised Collet – Lester Scale* ou Escala de Medo da Morte Revista:

A escala original de Collet e Lester (1969) apresentava 36 itens: 9 destinados à medida do “medo da morte do próprio”, 10 à medida do “medo da morte dos outros”, 6 relativos ao “medo do processo de morrer no próprio” e 11 medindo o “medo do

processo de morrer nos outros”. Alguns itens são formulados na forma positiva e outros na forma negativa. Os itens eram sempre formulados na primeira pessoa.

Na sequência das dificuldades sentidas pelos autores da escala original, Lester (1994) propôs uma reformulação radical da mesma, tornando homogêneo o número de itens em todas as sub-escalas (8 itens para cada) e procedendo a uma apresentação sequenciada dos itens relativos a cada escala, ao invés de intercalar itens de várias escalas diferentes. Eliminou itens, gerou itens novos e alterou significativamente a sua ordem de apresentação bem como a sua formulação (passou da primeira para a terceira pessoa). A escala revista apresenta-se com 32 itens.

Para testar os vários aspectos da validade desta nova escala, Lester (1994) realizou alguns estudos.

Para testar a fiabilidade teste-reteste aplicou a escala a 27 estudantes universitários do curso de Psicologia, e voltou a aplicar a mesma escala passados dois dias. As correlações obtidas para as quatro sub-escalas foram muito elevadas (variando entre .79 até .85). No entanto, o facto de o reteste ter decorrido apenas 48h depois do primeiro contacto com o teste, com uma amostra reduzida, não permite retirar conclusões seguras acerca da estabilidade temporal do mesmo.

Para verificar a sua consistência interna aplicou a escala a 73 pessoas (22 homens e 51 mulheres com média etária de 35.9 anos) que trabalhavam num centro de saúde mental para homens com deficiência mental. Os resultados obtidos não permitiram confirmar a estrutura factorial proposta pelo autor nem os itens se distribuíram da forma esperada pelas diferentes sub-escalas.

Aplicou igualmente à mesma amostra o Inventário de Personalidade de Maudsley (Jensen 1958, cit p. Lester, 1994) para medir as correlações entre os resultados da escala revista e os níveis de neuroticismo e extroversão. Verificou que tanto nos homens como nas mulheres o valor do neuroticismo se correlacionava



significativamente com o medo da morte e de morrer e, nos homens, a extroversão também se correlacionava com o medo da morte e do morrer.

Lester (1994) sugere que a revisão proposta apresenta níveis razoáveis de validade, fiabilidade e utilidade para os investigadores nesta área.

### **3.2.3 O Threat Index ou Índice de Ameaça (TI)**

Das diversas escalas destinadas a medir atitudes perante a morte, o índice de ameaça é das poucas que parte de uma perspectiva teórica mais sólida, a do constructo pessoal de Kelly (1955). Esta teoria parte da ideia de que os Seres Humanos literalmente constroem o sentido que atribuem às suas próprias vidas testando, revendo e antecipando continuamente as suas experiências.

Kelly (1955) referiu-se às nossas dimensões essenciais como sendo constructos nucleares na medida em que são estes que organizam a nossa identidade e existência. Sempre que estes valores são postos em causa podemos experimentar uma ameaça com potencial para impor mudanças no nosso sistema nuclear de constructos pessoais.

Este autor define a morte como um exemplo paradigmático de uma ameaça ao nosso núcleo de constructos na medida em que a maior parte das pessoas a encara como um acontecimento inevitável que comportará mudanças nas suas identidades enquanto Seres Humanos. Desta forma, a morte poderá levar as pessoas a sentir diferentes graus de ameaça ao seu sentido de vida dependendo do seu sistema pessoal de constructos.

Na sua primeira forma, o TI foi concebido por Krieger, Epting e Leitner (1974) baseando-se nas dimensões propostas por Kelly (1955). O seu formato é o de uma entrevista estruturada em duas fases: uma fase de averiguação de constructo

(*construct elicitation*) e uma fase de definição de proximidade face aos constructos (*element placement*).

Na primeira fase o entrevistador apresenta ao sujeito tríades de cartões contendo cada um descrições de situações específicas relacionadas com o tema da morte. Depois desta apresentação o entrevistador pede à pessoa que opine em que medida as situações apresentadas nos dois primeiros cartões se diferenciam da apresentada no terceiro cartão. A sua resposta é anotada como correspondendo a um dos seus constructos pessoais face à morte. Mais constructos continuarão a ser averiguados utilizando novas tríades de cartões até que se obtenha um total de 30 constructos pessoais diferentes.

Na fase seguinte, o entrevistador pede à pessoa que tendo em consideração cada um dos seus constructos pessoais, anteriormente elicitados, expresse em que medida estes se encontram mais próximos ou mais distantes do seu eu actual, do seu eu ideal e da sua forma de perspectivar a sua própria morte. O índice de ameaça é medido pela extensão em que a pessoa separa a sua vivência actual e ideal dos aspectos relacionados com a sua morte, através do grau em que os polariza em extremos opostos, no que respeita aos seus constructos pessoais (ex: se o eu actual e ideal são vistos como completamente previsíveis e a morte como completamente imprevisível, o constructo pessoal seria o de imprevisibilidade da morte e a pessoa teria optado por distanciar em pólos opostos a sua vivência da vivência da sua morte). Neste instrumento, quanto maior for a oposição dos elementos maior será a ameaça sentida pelo indivíduo face ao tema da morte (Krieger et al, 1974).

Embora o procedimento que permite chegar aos resultados seja o de uma entrevista e não o de um teste objectivo, foram realizados alguns estudos que permitiram constatar a validade psicométrica deste instrumento de medida atitudinal (Neimeyer, 1994).

Os dados obtidos mostraram que o Índice de Ameaça possui uma consistência interna satisfatória e também ao nível do teste-reteste, em períodos de aplicação até quatro

semanas de distância. Ao invés de outras medidas atitudinais face à morte, parece não ser sensível ao efeito de desejabilidade social na resposta e apresenta resultados convergentes com outras medidas no âmbito das atitudes perante a morte. Mostrou igualmente validade de constructo na medida em que os sujeitos que apresentam menor polarização entre os seus constructos são os que mais facilmente conseguem aceitar a própria morte (Neimeyer, 1988).

Apesar de todos os aspectos positivos e promissores neste instrumento, o seu formato de entrevista sempre colocou aos investigadores algumas dificuldades sobretudo relacionadas com o tempo de aplicação mais longo (entre 60 a 90 minutos) e com o facto de só se poder aplicar a um sujeito de cada vez (Neimeyer, 1994). Estes aspectos embora tornassem os resultados clinicamente muito enriquecedores desencorajaram a utilização mais ampla do instrumento.

A pensar nestas limitações Krieger, Epting e Hays (1979) adaptaram o índice de ameaça dando-lhe um formato de inventário, reduzindo o seu tempo de aplicação (entre 15 e 30 minutos), passando a dispensar um entrevistador formalmente treinado e podendo passar a ser aplicado a grupos de forma anónima. Estas alterações vieram tornar esta medida mais apelativa para os investigadores transformando-a na segunda medida mais utilizada em investigação (Neimeyer, 1994).

Os estudos desenvolvidos com este instrumento demonstraram que possui uma elevada consistência interna e uma considerável estabilidade teste-reteste até nove semanas de distância. Tal como a medida original, também parece não ser sensível ao efeito de desejabilidade social e apresenta resultados convergentes com outras medidas no âmbito das atitudes perante a morte.

À semelhança da maior parte dos instrumentos de medida das atitudes perante a morte, o índice de ameaça foi originalmente concebido como uma medida unidimensional do grau de ameaça provocado pela morte, medido através da forma como o sujeito conceptualiza, através de constructos, a sua morte. Porém, estudos

realizados posteriormente por Neimeyer et al (1988) com 400 respondentes mostraram que a teoria de um factor geral subjacente ao formato de inventário do índice de ameaça não era aplicável ao conjunto dos 30 itens que compunham o instrumento. Uma análise posterior feita a uma versão mais abrangente do instrumento com 40 itens (Moore e Neimeyer, 1991) e com 450 respondentes permitiu chegar a um formato de 25 itens com uma excelente adequabilidade a um modelo de factor geral. Esta nova versão (TI-25) para além de permitir obter uma medida global de ameaça, permite igualmente para fins clínicos e sem perda de coerência, uma decomposição em três factores denominados de: 1) ameaça ao bem-estar, 2) incerteza e 3) fatalismo. Apesar das alterações realizadas à forma original do índice de ameaça se terem traduzido no aumento da sua validade e precisão, perderam-se alguns aspectos importantes que eram aprofundados no seu formato de entrevista e que abordavam de forma mais adequada a complexidade de conceitos envolvidos na formação das atitudes perante a morte. Desta constatação surgiu quase em simultâneo com a versão TI-25, um outro instrumento que preservou algumas das características do índice de ameaça ainda na sua forma de entrevista estruturada permitindo simultaneamente a aplicação em pequenos grupos: o Reportório de Atitudes perante a Morte (DART) de Neimeyer, Bagley e More (1986).

O DART apresenta ao sujeito breves descrições situacionais relacionadas com a morte e pede-lhe que as contraste de uma forma sistemática. Também com duas fases de aplicação, este procedimento solicita primeiramente que o sujeito perante pares de situações (15 situações) relacionadas com a morte, registre em que medida estas são assemelham ou distanciam. As suas respostas são vistas como um constructo perante a morte e o procedimento é repetido até se obter um total de 15 constructos. Numa segunda fase pede-se ao sujeito que classifique as 15 situações no que respeita aos 15 constructos elicitados numa escala de Likert com treze pontos.

Estudos realizados com esta medida apontam para padrões de resposta mais coerentes em pessoas mais velhas e mais flexíveis em pessoas com níveis mais elevados de educação (Neimeyer et al, 1986).

#### **3.2.4 A Multidimensional Fear of Death Scale ou Escala Multidimensional de Medo da Morte (MFODS)**

Em 1979, Jon Hoelter publicou uma escala com 42 itens destinada a medir o medo da morte. Ao contrário da maior parte das medidas mais usadas, a escala de Hoelter (1979), apresentava-se *ab initio* como sendo multidimensional e compreendia oito sub-escalas medindo cada uma, aspectos muito distintos do medo da morte.

As outras escalas multidimensionais que existiam deveram a sua multidimensionalidade à constatação *a posteriori* das matrizes factoriais. Hoelter (1979), pelo contrário, começou a estruturar a sua escala tendo por base análises factoriais empíricas, ainda antes desta começar a ser usada noutros estudos. Assim sendo os seus factores constituíram uma base mais refinada para o desenvolvimento de trabalhos nesta área

No estudo inicial que deu origem à MFODS, Hoelter (1979) aplicou um questionário contendo vários itens com resposta em escala de Likert a uma amostra de 143 homens e 232 mulheres, todos estudantes universitários. Após análise factorial dos resultados obtidos identificou oito factores que denominou da seguinte forma:

- 1) medo do processo de morrer (ex: morte dolorosa ou violenta),
- 2) medo dos mortos ou dos restos mortais (ex: evitamento de restos mortais humanos ou animais),
- 3) medo de perda da integridade (ex: dissecação ou cremação),
- 4) medo por pessoas significativas (ex: reacção das pessoas significativas à morte do sujeito ou reacção do próprio à morte de pessoas significativas),

5) medo do desconhecido (ex: medo de deixar de existir),

6) medo da morte consciente (ex: receio de poder ser declarado morto sem o estar de facto),

7) medo pelo corpo depois da morte (ex: preocupação com a decomposição do corpo e seu isolamento) e

8) medo da morte prematura (ex: preocupação de que a morte possa impedir a concretização de objectivos de vida importantes).

As análises realizadas sugeriram uma estrutura factorial muito clara para o tipo de população em estudo.

Estudos desenvolvidos posteriormente por Walkey (1982), com 256 estudantes e seus familiares na Nova Zelândia, conseguiram replicar praticamente a mesma estrutura factorial obtida por Hoelter (1979). Quase todos os estudos realizados posteriormente com amostras de estudantes provenientes de culturas ocidentais replicaram a estrutura proposta. Outros autores sugerem a necessidade de utilizar o instrumento com alguma precaução com indivíduos provenientes de outra base cultural e que não sejam estudantes (Guadagnoli e Velicer, 1988).

Análises mais específicas realizadas por Moore e Neimeyer (1991) permitiram identificar o que parece ser um factor ortogonal global, para além dos factores já mencionados. Este factor a ser verificado em mais investigações poderia dar um valor global de medo perante a morte que transcenderia os restantes valores obtidos (Neimeyer e Moore, 1994).

Estudos procurando estabelecer a validade de constructo deste instrumento (DePaola, Neimeyer, Lupfer e Fiedler, 1994) administraram a MFODS e o Índice de Ameaça (TI), bem como outras duas escalas de atitudes face aos idosos e ao envelhecimento, a 145 pessoas que trabalhavam em lares de terceira-idade e a 130 indivíduos de um grupo de controlo. Demonstraram que os valores obtidos no TI e os do MFODS se

correlacionavam significativamente. Também verificaram que todos os factores da MFODS apresentavam correlações positivas significativas com os níveis de ansiedade face ao próprio envelhecimento, sendo significativamente mais baixos em indivíduos mais velhos (DePaola et al, 1994).

Também procurando obter dados mais concretos acerca da validade desta medida, Holcomb, Neimeyer e Moore (1993) aplicaram esta escala a 540 estudantes a quem simultaneamente pediam que escrevessem uma narrativa abordando os seus significados pessoais acerca da morte. Os autores constataram que os sujeitos tendiam a abordar temáticas significativamente distintas consoante os factores da MFODS que apresentavam mais elevados. Este estudo procurou demonstrar a validade convergente dos diferentes factores propostos por Hoelter em 1979.

Para testar a fiabilidade teste-reteste da MFDOS, Neimeyer e Moore (1994) administraram a escala a 106 estudantes com três semanas de distância e demonstraram que os valores obtidos nos diferentes factores se mantinham estáveis no tempo reflectindo aspectos do medo perante a morte que pareciam ser duradouros.

Finalmente, Neimeyer e Moore (1994) procuraram averiguar a relação entre os valores obtidos na MFDOS e alguns aspectos sócio-demográficos e relativos a crenças específicas das populações estudadas. Para tal, aplicaram a MFDOS, o TI e outras questões relevantes a 952 pessoas de proveniências diversas (organizações humanitárias, escolas, igrejas, agências de serviço social, grupos terapêuticos, entre outros) com idades entre os 18 e os 92 anos e de ambos os sexos.

Como forma de estabelecer inicialmente um teste à validade da MFDOS, foi colocada aos indivíduos a seguinte questão: “Do you feel you have worked out a satisfactory philosophy of life and death?” (Neimeyer e Moore, 1994 p.109), que poderá ser traduzida como: “Pensa ter encontrado uma filosofia perante a vida e a morte que considera satisfatória?”.

Os indivíduos foram separados em dois grupos consoante a sua resposta fosse afirmativa ou negativa, uma vez que o estudo anteriormente referido sobre as narrativas dos significados pessoais acerca da morte (i.e. Holcomb et al, 1993), parecia indicar que indivíduos que sentiam possuir uma filosofia de vida satisfatória apresentavam valores mais baixos de medo perante a morte

Confirmando as expectativas dos autores, os indivíduos que julgavam ter encontrado uma filosofia de vida e de morte satisfatórias, obtinham valores significativamente mais baixos em todos os factores da MFDOS quando comparados com os que respondiam negativamente à questão.

Relativamente às variáveis demográficas estudadas, os dados obtidos mostraram que tal como noutros estudos já realizados com instrumentos relativos ao medo ou à ansiedade perante a morte (Neimeyer, 1988), as mulheres reportam significativamente mais medo da morte em quase todos os factores da MFDOS. A única excepção reside no factor 5 (medo do desconhecido) em que as mulheres apresentam valores mais baixos do que os homens. Para os autores este resultado poderá relacionar-se com níveis mais elevados de religiosidade encontrados nas mulheres que facilitam a crença numa continuidade da vida depois da morte (Neimeyer e Moore, 1994).

A idade dos respondentes também tem um impacto directo nos valores da MFDOS tal como constatado no estudo de DePaola et al (1994). Quanto mais velhos os indivíduos mais baixos os valores de medo da morte. O único factor que não correspondeu a esta expectativa foi igualmente o factor 5 (medo do desconhecido) no qual os indivíduos mais velhos apresentavam níveis significativamente mais elevados de medo (Neimeyer e Moore, 1994).

Sumariando; os vários estudos realizados no sentido de validar a estrutura factorial da MFDOS parecem convergir na conclusão de que este instrumento apresenta boas qualidades psicométricas no seu formato de octofactorial, permitindo resultados úteis quando usado em investigação no campo das atitudes perante a morte.



### **3.2.5 A Fear of Personal Death Scale ou Escala do Medo Pessoal da Morte**

Este instrumento foi proposto por Florian e Kravetz (1983) tendo por base a perspectiva de que o medo da morte corresponde a uma característica natural e normal da experiência humana.

No estudo que gera o instrumento, os autores partem do pressuposto de que o medo pessoal da morte é algo suficientemente independente de outros aspectos do medo perante a morte para ser considerado como um aspecto a necessitar de mensuração específica (Florian e Kravetz, 1983).

Grande parte dos estudos que examinaram a dimensão do medo pessoal da morte geraram instrumentos unidimensionais através da mensuração da intensidade da ansiedade perante a morte, reportada pelo próprio (Templer, 1970 e Lester, 1994). Porém, não acederam às diferenças qualitativas nos significados que cada indivíduo pode associar quando pensa na sua morte e que poderiam ajudar a compreender a complexidade do medo pessoal da morte tal como sugerido por Kastenbaum e Costa (1977).

Tendo em conta este aspecto, Florian e Kravetz (1983) procuraram testar um modelo multidimensional dos significados subjacentes ao medo pessoal da morte.

Baseando-se na análise de investigações teóricas e empíricas de diversos autores nesta área (Kastenbaum e Aisenberg, 1973; Minton e Spika, 1976 e Kastenbaum e Costa, 1977), Florian e Kravetz (1983) sugerem que o medo pessoal da morte tem três níveis distintos de expressão no que respeita às consequências da morte. Estes são: 1) o nível intrapessoal, 2) o nível interpessoal e 3) o nível transpessoal. Deste modo, o medo pessoal da morte pode estar relacionado com o impacto esperado da própria morte ao nível mental e físico, ao nível dos familiares e amigos e pode também comportar questões relacionadas com a natureza transcendente do eu após a morte.

Esta escala foi construída como reflectindo um constructo multidimensional, à semelhança da MFDOS de Hoelter (1979) mas, segundo os autores, tem uma base teórica mais sólida do que esta e difere igualmente no tipo de amostra com que foi validada, uma vez que a amostra de Hoelter não apresentava características específicas no que concerne os níveis de religiosidade nem de afiliação a uma crença religiosa específica. A escala de Florian e Kravetz (1983) foi construída tendo por base amostras de judeus israelitas com diferentes graus de crença religiosa.

A religiosidade tem sido referida por diversos autores como um factor importante, uma vez que a existência de uma crença religiosa tenderia, segundo diversos autores, a diminuir o medo perante a morte (Feifel, 1977; Feifel e Nagy, 1981; Long e Elghanemi, 1987 e Maltby e Day, 2000).

Florian e Kravetz (1983) procuraram inicialmente averiguar em que medida é que uma escala multidimensional do medo consciente da morte do próprio, permite diferenciar níveis de religiosidade.

Através da revisão bibliográfica realizada pelos autores e da análise das respostas de 50 estudantes de ciências sociais e humanas aos quais foi pedido que elaborassem listas de razões que os fariam temer a sua própria morte, foram inicialmente formulados 50 itens posteriormente submetidos à apreciação de um painel de três psicólogos. Este painel avaliou cada item relativamente aos critérios teóricos estabelecidos pelos autores do estudo. Deste modo foi estabelecido que os itens para a avaliação do medo da morte pessoal seriam relativos ao *“conscious fear of death that is attributed to the intrapersonal, interpersonal or transpersonal consequences of death”* (Florian e Kravetz, 1983 p.602). Desta avaliação resultou um conjunto de 39 itens que constituíram a escala preliminar e que foram aplicados a uma amostra de 145 estudantes universitários. A cada item foram permitidas sete categorias de resposta oscilando entre “totalmente correcto para mim” e “totalmente incorrecto para mim”.

A análise factorial aos 145 resultados obtidos determinou a eliminação de um item bem como pequenas alterações a outros.

Para obter dados acerca da fiabilidade teste-reteste, foram aplicados os 38 itens a uma amostra de 42 estudantes universitários, por duas vezes, com um intervalo temporal de 6 semanas. Os resultados da consistência de respostas nos dois momentos, permitiram que se conservassem apenas 31 itens e chegou-se assim à versão final da escala de medo pessoal.

Posteriormente. Procedeu-se à aplicação da versão final a 178 indivíduos do sexo masculino com idades compreendidas entre os 18 e os 92 anos de idade entre os quais se encontravam estudantes universitários, estudantes de escolas judaicas ortodoxas e militares, todos residentes em Israel e de religião professada judaica. Conjuntamente com a escala de medo pessoal da morte foram aplicados 1) um questionário sócio-demográfico, 2) o índice de religiosidade judeu (JRI) de Mas-Meir e Kadem (1979 cit. p. Florian e Kravetz, 1983) e 3) quatro cartões de um teste projectivo (Teste de Apercepção Temática de Murray – TAT).

A hipótese inicial era a de que os indivíduos atribuiriam o seu medo pessoal da morte às suas consequências intrapessoais, interpessoais e transpessoais. Da análise de componentes principais, emergiram seis factores que se integravam nas três dimensões com influência sobre o medo pessoal da morte (Florian e Kravetz, 1983).

O primeiro e segundo factores foram respectivamente “medo da perda de auto-realização” e “medo da aniquilação” e corresponderiam aos aspectos intrapessoais do medo da morte. O terceiro e quarto factores foram respectivamente “medo das consequências da morte para a família e amigos” e “medo da perda de identidade social” e corresponderiam aos aspectos interpessoais do medo da morte. Finalmente, o quinto e sexto factores foram respectivamente “medo do desconhecido” e “medo da punição depois da morte”, que aparentam reflectir os aspectos transpessoais associados ao medo pessoal da morte (Florian e Kravetz, 1983).

Um dos resultados não previstos pelos autores consistiu na existência de dois factores para cada um dos níveis contemplados no modelo. Destes factores, um reporta uma componente mais activa do medo pessoal e o outro uma componente mais passiva.

No que respeita às diferenças devidas aos níveis de religiosidade, verificou-se que o grupo mais religioso (n=65) apresentava valores significativamente mais elevados no factor 6 (“medo da punição depois da morte”) e valores significativamente mais baixos no factor 2 (“medo da aniquilação”) do que o grupo não religioso (n=55). O grupo com níveis de religiosidade moderados (n=58) apresentava valores significativamente mais elevados no factor 3 (“medo das consequências da morte para a família e amigos”), do que os outros dois grupos.

No que respeita a validade de constructo, Florian e Kravetz (1983) constataram que os factores obtidos eram semelhantes aos apresentados por Hoelter (1979) na MFDOS, ainda que as bases teóricas sejam distintas.

Posteriormente, os autores desta escala rumaram a uma nova linha de investigação relativa ao medo pessoal da morte perante a vivência de diferentes fases de um luto ou perda. Florian e Mikulincer (1997) constataram que os indivíduos em idade adulta que tinham sofrido perdas significativas durante a infância ou adolescência apresentavam níveis mais elevados no terceiro factor (“medo das consequências da morte para a família e amigos”) e quarto factor (“medo da perda de identidade social”) que reflectem a esfera interpessoal. De forma diversa, os indivíduos que tinham sofrido perdas recentes apresentavam níveis mais elevados no segundo factor (“medo da aniquilação”) e no quinto factor (“medo do desconhecido”) que remetem simultaneamente para os níveis intrapessoal e transpessoal da vivência do medo da morte. Estes resultados apontam para uma dependência da vivência do medo da própria morte do tempo decorrente das próprias perdas.

### **3.2.6 O Death Attitude Profile – Revised ou Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto (DAP-R)**

O estudo da ansiedade ou do medo perante a morte tem sido inequivocamente o alvo principal da maior parte das escalas geradas no âmbito da medida das atitudes perante a morte, sendo que outros aspectos atitudinais, ainda que várias vezes referidos, acabem por não encontrar eco nas medidas geradas (Templer, Lavoie, Chagujian e Thomas-Dobson, 1990 e Wong, Reker e Guesser, 1994).

Concomitantemente, poucos têm sido os instrumentos gerados com base numa abordagem teórica mais sólida (ex: o índice de ameaça – TI e a Escala do medo pessoal da morte, parecem ser dos poucos exemplos de mais ampla fundamentação teórica).

Procurando preencher as lacunas sentidas, quer ao nível de medidas atitudinais mais abrangentes, quer ao nível de escalas geradas com base teórica mais sólida, Guesser, Wong e Reker (1987-88) optaram por uma abordagem multidimensional de base existencialista para construir o Perfil de Atitudes perante a Morte na sua primeira versão (DAP), posteriormente revista e alargada por Wong, Reker e Guesser (1994) e designada pelo acrónimo DAP-R.

Para Wong et al (1994) os termos medo da morte e ansiedade perante a morte são confundidos com frequência na literatura acerca das medidas atitudinais perante a morte mas parece importante distingui-los. A “ansiedade perante a morte” parece remeter para um aspecto mais global e menos acessível à consciência enquanto o “medo da morte” parece remeter para aspectos mais específicos e conscientes.

O medo da morte pode ser entendido como um constructo multidimensional, como foi já constatado por vários autores (e.g. Collet e Lester, 1969; Hoelter, 1979 e Florian e Kravetz, 1983). A morte pode ser receada por diversos motivos e de modos distintos em diferentes fases da vida e consoante o grau de exposição a ela.

Para Wong et al (1994) o medo da morte emergiria igualmente da incapacidade do indivíduo em encontrar um significado pessoal e objectivos para a sua vida e morte. Esta perspectiva propõe que a medida em que cada um de nós teme ou aceita a morte depende em larga escala da forma como aprendeu a aceitar o seu percurso de vida, dando-lhe um significado.

Durlak (1972) reportou que os indivíduos com maior significado de vida tendiam a apresentar menos medo da morte e atitudes mais positivas em relação à morte.

Flint, Gayton e Ozmon (1983) encontraram correlações positivas significativas entre o grau de satisfação com a vida e a aceitação da morte, enquanto que Quinn e Reznikoff (1985) constataram que as pessoas com níveis mais baixos de significado de vida apresentavam níveis mais elevados de ansiedade perante a morte.

Para Wong et al. (1994) existe ampla evidência de que a ansiedade perante a morte, a aceitação da morte e o significado de vida, são aspectos intimamente relacionados.

Ao estudar o constructo “aceitação da morte”, Gesser et al (1987-88) identificaram três tipos de aceitação da morte: 1) a aceitação neutra, 2) a aceitação religiosa e 3) a aceitação de escape.

A aceitação neutra corresponde à aceitação de que a morte faz parte da vida e que, portanto, tem de ser aceite. Um indivíduo com este tipo de aceitação não teme a morte mas também não a deseja, simplesmente aceita que não pode mudar o facto desta existir e tenta viver o melhor que pode com a noção presente de que a vida é finita. Esta forma de olhar a morte pode ser caracterizada como ambivalente ou indiferente mas também como uma abordagem mais naturalista e independente de um posicionamento religioso específico.

A aceitação religiosa implica a existência de crença numa continuidade feliz da vida para além da morte e segundo Wong et al (1994) parece estar relacionada com o grau de envolvimento e crença religiosa.

A revisão de literatura efectuada por Neimeyer, Wittkowski e Moser (2004) dos estudos sobre a relação entre religiosidade e ansiedade perante a morte é inconclusiva. Alguns autores identificam uma relação inversamente proporcional entre o grau de crença religiosa e o medo da morte (e.g. Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e Nagy, 1981; Hooper e Spilka, 1970) mas outros chegaram à conclusão inversa (e.g. Templer e Ruff, 1975).

Rigdon e Epting (1985) afirmaram que quanto mais acentuada a convicção religiosa menor a ansiedade perante a morte. Outros afirmaram que o medo da morte era menor nas pessoas com fortes convicções, independentemente de defenderem a crença plena numa continuidade da vida depois da morte ou o oposto (McMordie, 1981). Também Holcomb, Neimeyer e Moore (1993) e Florian e Kravetz (1983) mostraram que se o grau de crença religiosa fosse medida em todo o seu espectro (em grau de convicção) encontraremos menor grau de apreensão face à morte nos extremos (muita convicção, nenhuma convicção) do que nas pessoas com alguma ambivalência na sua crença religiosa.

Sem reportar directamente aos níveis de crença religiosa mas antes focando-se no sentido de vida, Drolet (1990) encontrou uma relação negativa entre a ansiedade perante a morte e o nível de sentido de vida. Também Steinitz (1980) constatou que a crença numa vida depois da morte estava associada ao optimismo e ao sentido de vida.

A aceitação de escape pode ser uma resposta quando a vida é sentida como plena de dificuldades. Quando as pessoas vivem momentos carregados de sofrimento ou dor e existe pouca ou nenhuma possibilidade de alívio, a morte pode oferecer uma saída. Vernon (1972) refere que o medo de viver em determinadas circunstâncias pode sobrepor-se ao medo da morte. Desta forma na aceitação de escape, a atitude positiva face à morte não é baseada no facto da morte ser sentida como boa, mas no facto da vida ser sentida como má. Segundo Wong et al (1994) as pessoas apresentam esta

atitude perante a morte porque já não conseguem lidar de uma forma eficaz com a dor e com os problemas nas suas vidas.

Apesar de diversos investigadores terem feito alusão a estes tipos de aceitação da morte, estes conceitos nunca tinham sido efectivamente medidos até ao surgimento do DAP (Gesser et al, 1987-88).

O DAP compreendia 21 itens contribuindo para quatro subescalas que mediam as seguintes dimensões: 1) Medo da Morte e de Morrer, 2) Aceitação Religiosa, 3) Aceitação de Escape e 4) Aceitação Neutra.

Posteriormente, constatou-se que algumas pessoas preferiam evitar o tema da morte e que o medo da morte não abrangia essa opção. O evitamento de todo e qualquer pensamento ou contacto com o tema da morte, reduz a ansiedade perante a morte, e corresponde a um mecanismo de defesa psicológico para evitar que o tema chegue à consciência. Para abranger também este aspecto surge a forma revista do perfil de atitudes perante a morte (DAP-R) de Wong et al (1994). Esta revisão contou também com uma reformulação da escala de medo da morte e de morrer, uma vez que os autores desejavam que esta incidisse exclusivamente no medo da morte e portanto retiraram alguns itens relativos ao medo de morrer, Acrescentaram ainda outros relativos ao medo da morte, encurtando o nome da escala relativa a este aspecto para "Medo da Morte". Também acrescentaram itens novos às escalas de aceitação. Deste modo a DAP-R passou a contar com 36 itens posteriormente reduzidos a 32, após análise factorial. O DAP-R mede cinco dimensões: 1) Medo da Morte, 2) Evitamento da Morte, 3) Aceitação Neutra, 4) Aceitação Religiosa e 5) Aceitação de Escape.

Para determinar a validade facial das cinco dimensões foi pedido a 10 Jovens, 10 adultos de meia idade e 10 adultos idosos que colocassem os diversos itens nas categorias (escalas) que consideravam mais apropriadas, tendo verificado que existia um grau de concordância de 70% na categorização dos 36 itens e nalguns itens o grau de concordância era superior a 90%.



Para testar a validade da reformulação deste instrumento (Wong et al, 1994) conduziram um estudo no qual aplicaram, para além da DAP-R, outros cinco instrumentos: 1) a Escala de Ansiedade perante a Morte – DAS (Templer, 1970), 2) a Escala de Perspectiva sobre a Morte – DPS (Hooper e Spilka, 1970), 3) a Escala de Diferencial Semântico (Wong et al, 1994), 4) a Escala de Bem-Estar Percebido – PWB (Reker e Wong, 1984) e 5) a Escala de Depressão de Zung (1985).

Todos estes instrumentos foram aplicados a 100 jovens adultos entre os 18 e os 29 anos (55 homens e 45 mulheres, com uma média etária de 23,3 anos), 100 adultos de meia-idade entre os 30 e os 59 anos (47 homens e 53 mulheres, com uma média etária de 41,8 anos) e 100 adultos de idade avançada entre os 60 e os 90 anos de idade (35 homens e 65 mulheres, com uma média etária de 72,9 anos). Decorrido um mês desta aplicação, apenas a DAP-R voltou a ser aplicada a uma amostra aleatória de 30 sujeitos de cada um dos grupos etários da amostra global, para testar a sua consistência temporal.

A análise de componentes principais da DAP-R, indicou que os itens organizavam-se, tal como previsto teoricamente: em cinco factores que claramente correspondiam às escalas já mencionadas. Foram, na sequência destas análises, eliminados quatro itens por não se distribuírem factorialmente da forma prevista. A DAP-R ficou, desta forma, constituída por 32 itens cujo ajustamento factorial era o mais próximo possível do previsto teoricamente e as escalas ficaram com a seguinte distribuição: 10 itens para a aceitação religiosa, 7 itens para a escala de medo da morte, 5 itens para o evitamento da morte, 5 itens para a aceitação de escape e 5 itens para a aceitação neutra. Da análise factorial realizada (Wong et al, 1994) verificou-se que as cinco componentes são independentes e que os factores são puros e internamente consistentes.(com alfa de Cronbach a variar entre .65 e .97 para as componentes).

A análise da fiabilidade teste-reteste mostrou que as escalas no seu conjunto mantêm uma boa consistência temporal.

Relativamente à validade convergente verificou-se que a escala “medo da morte” se correlacionava positivamente com os resultados obtidos na DAS (Templer, 1970) e negativamente com a escala de diferencial semântico sobre a vida e a morte (Wong et al, 1994). A aceitação neutra estava positivamente relacionada com a escala de indiferença perante a morte da DPS (Hooper e Spilka, 1970) mas não apresentava relação com a escala de diferencial semântico sobre a morte. A aceitação religiosa estava positivamente correlacionada com a com a escala da morte como uma recompensa da DPS (Hooper e Spilka, 1970) e com a escala de diferencial semântico sobre a vida e a morte. A aceitação de escape estava correlacionada positivamente com a escala de diferencial semântico acerca da morte, mas não apresentava, ao contrário do esperado pelos autores, relação com os itens dessa escala relativos à vida. No entanto, apresentava correlação significativa e negativa com PWB (Reker e Wong, 1984) o que sugere que a falta de saúde física é o mais forte preditor da aceitação de escape no que se refere à morte.

Os resultados indicaram também que o grupo de adultos de idade avançada apresentava, por comparação com os adultos jovens significativamente menor medo da morte. Os adultos de idade avançada tendiam a apresentar maior aceitação de escape do que os adultos jovens e os de meia-idade e a aceitar a ideia da existência de uma vida depois da morte do que os adultos de meia-idade.

Estes resultados poder-se iam explicar de várias formas. As pessoas com idade mais avançada podem sentir que já viveram a sua parte de experiências de vida, quando comparadas com os adultos de faixas etárias mais jovens, e também já contactaram mais com a morte devido à morte de pessoas amigas e conhecidas nascidas em época semelhante (Kalish, 1976). O facto da aceitação de escape estar mais presente pode dever-se a problemas e enfermidades que afectam os mais velhos. O sentimento de maior proximidade da morte pode igualmente fazer surgir a necessidade de

acreditar numa continuidade da vida depois da morte para assim tornar a sua transição um pouco mais segura face ao desconhecido (Wong et al, 1994).

Por sua vez, Van Rans e Malcoen (2000) propõem que são as pessoas de idade mais avançada que conseguem simultaneamente perspectivar a sua vida como tendo um propósito ou sentido positivo e que têm estratégias de *coping* face à vida mais positivas, as que apresentam menor Evitamento e Medo da Morte no DAP-R.

Relativamente às diferenças de género, as análises realizadas encontraram diferenças significativas entre homens e mulheres. Os homens apresentam valores significativamente mais elevados no evitamento da morte, enquanto que as mulheres apresentam valores significativamente mais elevados na aceitação religiosa e na aceitação de escape. Não se verificou, nas mulheres, um valor significativamente mais elevado de medo perante a morte ao contrário do constatado na maior parte dos estudos em torno de escalas de medo da morte já revistas anteriormente. Porém, os resultados de aceitação religiosa são consistentes com os já verificados anteriormente que mostram que as mulheres tendem a acreditar mais frequentemente numa continuidade da vida para além da morte.

As relações encontradas entre o bem-estar percebido e a depressão (medida pela escala de depressão de Zung) e as atitudes perante a morte, mostraram que o medo da morte estava positivamente correlacionado com a depressão apenas nos adultos de idade avançada. O evitamento da morte correlacionava-se positivamente com a depressão quer nos adultos de meia idade quer nos de idade avançada. A aceitação neutra estava positivamente relacionada com o bem estar percebido e negativamente com a depressão, sobretudo nos adultos jovens e nos de meia idade. A aceitação religiosa estava positivamente correlacionada com o bem-estar percebido e negativamente com a depressão apenas nos adultos de idade avançada. A aceitação de escape estava associada negativamente ao bem-estar percebido sobretudo nos adultos jovens.

Tendo em atenção todas as atitudes perante a morte e suas correlações, a aceitação neutra parece ser, de entre todas, a que melhor funcionamento adaptado prevê. Estes resultados parecem indicar que quando as pessoas aceitam a morte como algo inevitável e a vida como limitada, acabam por fazer melhor uso da vida.

Os benefícios psicológicos da aceitação religiosa parecem ser mais significativos na faixa etária mais avançada. Estes resultados ocorrerão talvez porque, à medida que nos confrontamos com a morte (nossa e das pessoas que amamos) e com a perda de funcionalidade no nosso corpo e mente, a crença numa vida que continue (de preferência ainda melhor do que a que já temos), assegura a esperança e conforta-nos para continuar a viver com dignidade e sem desespero o tempo que nos resta.

Tudo sugere que a DAP-R constitui a única medida que acede a um mais largo espectro de atitudes perante a morte, permitindo que o medo da morte não seja estudado de forma descontextualizada de outras atitudes perante a morte. A DAP-R oferece a possibilidade de perspectivar a configuração de atitudes como ocorre num exemplo facultado por Wong et al (1994): uma pessoa com um baixo nível de medo da morte e uma elevada aceitação de escape é certamente diferente de uma pessoa com igual nível de medo da morte e uma elevada aceitação neutra porque a primeira é provavelmente uma pessoa que não teme a morte porque está doente e cansada de viver enquanto a segunda não a teme mas quer aproveitar ao máximo o tempo que tem enquanto está viva embora saiba que a morte é inevitável.

Os autores também acrescentam que o sentido de vida é muito importante para determinar o padrão de atitudes perante a morte e que a integração de instrumentos de medida de significado de vida combinados com escalas de atitudes perante a morte parece ser a melhor forma de compreender a complexidade em torno do tema da percepção individual da morte (Wong et al, 1994).

### **3.2.7 A Coping With Death Scale ou Escala de Coping perante a Morte, a Death Self-Efficacy e a Self-Efficacy in Organ Donation ou Escalas de Auto-Eficácia perante a Morte e Doação de Órgãos**

Embora pareça indiscutível que a tendência humana é a de temer a morte, o simples reconhecimento desta realidade não nos permite perceber a forma como lidamos com a morte quando com ela somos confrontados.

Grande parte da investigação no âmbito da educação para a morte tem sobretudo assentado em torno de medidas destinadas a avaliar a ansiedade perante a morte mais do que procurar um perfil de competências necessário para lidar com a mesma.

Bugen (1980-81) deu maior ênfase à necessidade de avaliar e promover as competências em torno do lidar com a morte. Este autor desenvolveu um programa de treino de competências no lidar com a morte para voluntários na área dos cuidados paliativos, do qual emergiu uma escala de competências específicas com base na auto-avaliação subjectiva acerca das competências específicas que julgavam ter desenvolvido durante o programa. Este instrumento servia para: 1) medir os ganhos sentidos pelo programa, 2) monitorizar a eficácia da informação transmitida e 3) enfatizar o desenvolvimento de estratégias para lidar com a morte (*death coping*) como uma finalidade desejável da educação para a morte.

Para Robbins (1994) a proposta de Bugen deve ser complementada pela de Bandura (1986) relativa ao desenvolvimento de competências através da imitação dos comportamentos sentidos como desejáveis (aprendizagem social) e relativa à noção de auto-eficácia. Esta noção seria particularmente importante para conseguir uma alteração de comportamentos que pressupõem atitudes duradouras. Para se conseguir implementar estes comportamentos as pessoas têm de acreditar que são competentes e eficazes para alcançar a mudança de um comportamento que irá trazer benefícios para elas e para os outros.

Associando estes dois importantes contributos, Robbins (1994) desenvolveu diversos estudos na área das competências para lidar com a morte que culminaram na melhoria do instrumento proposto por Bugen (1980-81) e na geração de outras duas escalas no âmbito da auto-eficácia perante a morte.

Num primeiro estudo, Robbins (1994) aplicou a Escala de Coping com a Morte de Bugen (1980-81) a 94 estudantes universitários, conjuntamente com a DAS (Templer, 1970), com a Escala de Medo da Morte de Colett-Lester (Lester, 1994), com 3 itens, gerados por si, para averiguar em que medida os estudantes se sentiam auto-eficazes (“Eu estou profundamente comprometido com o meu trabalho”, “ Eu sou muito assertivo” e “ Estou muito seguro acerca do meu propósito de vida”) todos avaliados numa escala de Likert de 7 pontos. Para além da análise da qualidade psicométrica dos instrumentos, procurou também verificar se existia alguma relação entre os resultados obtidos nesta escala e a predisposição dos estudantes para apresentar alguns comportamentos de antecipação da morte tais como: 1) escrever um testamento, 2) deixar todos os documentos e procedimentos legais, necessários depois da sua morte, organizados (“*planning one’s estate*”), 3) tornar-se dador de mas e 4) preparar o seu próprio funeral.

A escala de Bugen (1980-81) compreende 30 itens relativos a diversos aspectos do lidar com a morte (e.g. saber quais os serviços que as agências funerárias providenciam, expressar medos acerca da morte, antecipar perdas futuras, ajudar pessoas em luto, antecipar a própria morte, entre outros). Os respondentes deverão indicar em que medida concordam com a afirmação no que respeita o seu próprio comportamento numa escala de Likert de 7 pontos cujos pólos são “discordo completamente” e “concordo completamente”. Robbins (1994) aplicou esta escala duas semanas depois aos mesmos estudantes.

Deste estudo verificou-se que a escala de Bugen apresentava bons níveis de consistência interna (alfa de Cronbach de .89), era estável em teste-reteste com duas

semanas de distância (.91) e apresentou correlações positivas significativas com diversos comportamentos de antecipação da morte.

Igualmente significativa foi a relação entre a Escala de Coping com a Morte de Bugen e dois dos três itens para medir a auto-eficácia (“Eu sou muito assertivo” e “Estou muito seguro acerca do meu propósito de vida”). O item relativo ao trabalho não apresentou correlações significativas.

A autora não reporta quaisquer dados relativos à relação entre os valores obtidos na Escala de Coping com a Morte de Bugen (1980-1981) e a DAS ou a Collet-Lester (deduzimos que nenhum valor significativo tenha sido encontrado), o que pensamos constituir um aspecto menos bom desta validação psicométrica.

Num segundo estudo mais reduzido, Robbins (1994) aplicou a escala de Bugen (1980-81) a um grupo de 13 voluntários na área dos cuidados paliativos, que se encontravam a realizar uma formação na área da morte. A aplicação do questionário ocorreu imediatamente antes da formação e logo após a mesma. Os resultados obtidos não permitiram constatar mudança de estratégias de coping perante a morte neste grupo, ao contrário do previsto por Bugen (1980-81).

No terceiro estudo, Robbins (1994) gerou uma escala de auto-eficácia perante a morte destinada a voluntários no âmbito dos cuidados paliativos. Compreende 42 itens avaliados de 0 a 100 no que respeita o grau de certeza que a pessoa tem em como manifesta um determinado comportamento em diversos âmbitos profissionais e pessoais relacionados com o contacto com a morte (e.g. compreender os limites do seu papel de voluntário, ouvir um paciente moribundo, tocar num corpo morto, fazer um *check-up* médico, preparar o seu testamento, ir a uma morgue, visitar um amigo que está a morrer, entre outros). Aplicou esta nova escala conjuntamente com a escala de coping com a morte (Bugen, 1980-81), a DAS, o Personal Orientation Inventory ou Inventário de Orientação Pessoal de Maslow (1970 cit. p. Robbins, 1994) destinada a medir a orientação de vida, uma listagem de comportamentos de antecipação da morte

semelhantes aos do estudo anterior e um registo do número de mortes de pessoas próximas.

O conjunto dos instrumentos foi aplicado a 320 voluntários provenientes de seis unidades de cuidados paliativos da Pensilvânia, os quais variavam no grau de contacto com os pacientes e no tempo de trabalho nas respectivas unidades (e.g. estagiários com menos de 2 meses a trabalhar como voluntários, voluntários de médio termo com antiguidade de 2 a 42 meses de trabalho, voluntários de longo termo com mais de 42 meses de trabalho.

Novamente a escala de coping com a morte, à semelhança do estudo anterior apresentou bons níveis de consistência interna (.90) à semelhança da nova escala de auto-eficácia (.94).

Neste estudo concluiu-se que os valores obtidos na escala de coping com a morte variam consoante o tempo de trabalho, pois os voluntários de médio e longo termo obtiveram níveis mais elevados de *coping* com a morte por comparação com os estagiários. A DAS não variou na amostra. A escala de auto-eficácia perante a morte não permitiu distinguir os três grupos quanto ao tempo de trabalho mas distinguiu os que tinham mais contacto com pacientes dos que tinham menos contacto, sendo que os primeiros apresentavam valores mais elevados de auto-eficácia perante a morte.

Os resultados da análise das relações entre a escala de Maslow com a escala de *coping* com a morte e com a escala de auto-eficácia perante a morte e com DAS não são conclusivos.

Tanto a escala de auto-eficácia perante a morte quanto a escala de *coping* perante a morte correlacionam-se positivamente com o número de mortes de pessoas próximas, bem como com o número de comportamentos de antecipação da própria morte admitidos como possíveis.

Em outros dois estudos Robbins (1994) procedeu ao desenvolvimento de um programa para ajudar os profissionais de saúde a obter maior eficácia na sensibilização das



famílias de potenciais doadores de órgãos para autorizar essa doação dos seus entes queridos. Para tal, desenvolveu uma formação à semelhança do proposto por Bandura com depoimentos de pessoas que tinham acedido à doação de órgãos por parte dos seus familiares e de pessoas que tinham recebido órgãos e posteriormente eram colocados em situações de *role-play* para treinar a sua capacidade para comunicar com as famílias num momento tão difícil em relação à doação de órgãos. Antes desta formação Robbins desenvolveu uma escala de auto-eficácia relativamente à doação de órgãos, mas com 13 itens. Esse instrumento foi aplicado antes e logo após a formação. Nesta escala, à semelhança da escala de auto-eficácia perante a morte destinada a voluntários, era pedido que de 0 a 100 se classificasse o grau de certeza de se ser capaz de realizar e perceber alguns aspectos, neste caso referentes à doação de órgãos (e.g. perguntar à família se já pensou na doação de órgãos do seu familiar, perceber o conceito de morte cerebral, tornar-se doador de órgãos, planejar apropriadamente a conversa com a família acerca da doação, entre outros). A escala foi aplicada a 48 participantes e demonstrou consistência interna elevada (.90). Na sequência da formação, os níveis de auto-eficácia relativamente à doação de órgãos aumentaram de 72.9 para 82.3, o que leva a pensar que a formação é eficaz, pelo menos, no curto prazo. As três medidas estudadas e desenvolvidas pela autora são relevantes pela nova abordagem que importam para o âmbito da medida atitudinal perante a morte.

### **3.2.8 A Death Obsession Scale ou Escala de Obsessão com a Morte (DOS):**

Um de entre vários contributos interessantes desta medida desenvolvida por Abdel Khalek (1998) e que justificou a sua inclusão nesta revisão reside na sua orientação para uma população de língua mãe e cultura árabe, raras vezes incluída em estudos desta natureza.

Os poucos estudos realizados no âmbito da comparação de respostas obtidas transculturalmente mostraram existir elevada permeabilidade cultural e religiosa na

percepção da morte e das atitudes com a mesma que fazem divergir as leituras dos instrumentos daquelas em que foram inicialmente criados. Isto sucedeu, por exemplo, com uma das escalas mais amplamente reconhecidas, nomeadamente a MFDOS (traduzida para árabe) num estudo desenvolvido por Long (1985-86) com população Saudita. Abdel Khalek (1998) presta assim um contributo muito válido no domínio da investigação das atitudes perante a morte preenchendo esta lacuna.

Em acréscimo, ao focar comportamentos de natureza obsessiva (Abdel Khalek, 1998 define a obsessão com a morte como a presença continuada de pensamentos repetitivos, ideias persistentes ou imagens intrusivas centradas em torno da morte) esta medida vem igualmente preencher um vazio no campo da investigação nesta área de conhecimento que os outros instrumentos (que compreendem geralmente o constructo de ansiedade ou de medo perante a morte) não aprofundam. A medida em que o pensar sobre a morte se torna algo obsessivo e disfuncional para o funcionamento individual no seu dia a dia fica assim disponível para a investigação.

Para gerar os itens da Escala de Obsessão com a Morte (DOS), Abdel Khalek (1998) recorreu à noção de inevitabilidade da morte e à caracterização da obsessão enquanto perturbação neurótica marcada por alguns aspectos específicos tais como ideias intrusivas, pensamentos persistentes, imagens repetitivas ou impulsos dominantes.

Foram gerados 25 itens simples e breves em árabe corrente, respeitantes à antecipação da própria morte, e em formato de resposta em escala de Likert.

Para testar a validade facial dos itens pediu-se a 10 membros do Departamento de Psicologia da Universidade do Kuwait que atribuísem a cada item uma classificação variando entre 1 (irrelevante para a obsessão com a morte) e 5 (fortemente associado à obsessão com a morte). Todos os itens que obtivessem uma média de avaliação global igual ou inferior a 3 pontos foram eliminados.

Desta forma, seis itens foram eliminados, mantendo-se os restantes 19. A estes membros de júri também se pediu que se pronunciassem quanto à adequação da formulação de cada item em termos de compreensibilidade. Desta avaliação resultaram revisões e reformulações no sentido de tornar mais claros todos os itens.

Posteriormente a DOS foi aplicada a 141 estudantes universitários de nacionalidade egípcia (70 homens e 71 mulheres e com idades compreendidas entre os 19 e os 24 anos). Da análise dos resultados foram excluídos mais quatro itens que apresentavam correlações não significativas com a pontuação global. Assim, a versão final contém 15 itens.

Um estudo posteriormente conduzido com o intuito de determinar o melhor formato de resposta testou duas versões: uma em formato de Likert (com cinco pontos) e outra em formato de resposta dicotómica “sim” ou “ não”. As duas versões foram aplicadas a um conjunto de 117 indivíduos de ambos os sexos. Embora, no global, ambas as formas apresentassem equivalentes resultados, o autor optou pelo formato Likert por, no seu entender, apresentar globalmente mais vantagens para pessoas mais indecisas.

Procurando obter dados adicionais quanto à validade deste instrumento, Abdel Khalek (1998), aplicou a DOS conjuntamente com outras escalas tais como a Escala de Ansiedade perante a Morte (DAS) de Templer (1970) na versão árabe (Abdel Khalek, 1986), a Escala de Depressão perante a Morte (DDS) de Templer et al (1990) na versão Árabe (Abdel Khalek, 1997), a escala traço do Inventário Estado-Traço de Ansiedade de Spielberger et al (1983) na versão Árabe (Abdel Khalek, 1989), o Inventário de Depressão de Beck (BDI) de Beck e Steer (1993) na versão árabe (Abdel Khalek, 1997), a Escala Árabe de Comportamento Obsessivo-Compulsivo de Abdel Khalek e Lester (1999), e as escalas de Extroversão e de Neuroticismo do Questionário de Personalidade de Eysenck (EPQ) de Eysenck e Eysenck (1975) na versão árabe (Abdel Khalek e Eysenck, 1983).

A totalidade destes testes foi aplicada a uma amostra de 148 indivíduos e a DOS foi adicionalmente aplicada a mais 418 sujeitos. Todos os sujeitos eram estudantes universitários da Universidade de Alexandria com idades compreendidas entre os 18 e os 24 anos.

Da análise factorial dos resultados obtidos na DOS obtiveram-se três factores . O factor 1, responsável por 47,6% da variância explicada foi denominado de “Ruminação acerca da morte” e envolve itens relativos à presença de pensamentos recorrentes acerca da morte, os quais o sujeito admite ter dificuldades em abandonar; o factor 2, responsável por 9,8% da variância explicada, foi denominado de “Dominância da morte” e envolve itens relativos à emergência súbita de ideias variadas envolvendo a temática da morte; o factor 3, responsável por 8% da variância explicada, foi denominado de “Ideação repetida acerca da morte” e envolve sentimentos desagradáveis que emergem quando se pensa na morte.

A DOS apresentou uma boa consistência interna e igualmente bons resultados no que respeita a fiabilidade teste-reteste (com uma semana de diferença), rondando os .90 (Abdel Khalek, 1998).

A DOS apresentou correlações positivas e significativas com todas as escalas destinadas a medir atitudes negativas perante a morte nomeadamente a DAS e a DDS e também relativamente às medidas gerais de Obsessão-Compulsão, Ansiedade e Depressão. De notar que a correlação entre a DOS e a medida dada pela Escala Árabe de comportamento Obsessivo-Compulsivo (Abdel Khalek e Lester, 1999) foi mais elevada do que as obtidas com as restantes medidas de comportamento neurótico. Os resultados médios obtidos na DOS, para os sujeitos do sexo masculino (n=212) foram de 32,2 e para os do sexo feminino (n=206) foram de 34,2. A diferença entre ambos os sexos não é estatisticamente significativa. A DOS correlacionou-se significativamente com a escala de neuroticismo e não apresentou correlações significativas com a escala de Extroversão.

Concluindo, a DOS parece revelar alguns aspectos importantes tais como validade facial, estabilidade temporal, consistência interna e uma estrutura factorial com significado e consistência. Outro aspecto interessante e facilitador da sua aplicação em contexto de investigação é sua brevidade (15 itens).

A DOS foi posteriormente aplicada a diferentes populações. Assim, procurando averiguar os valores e estrutura factorial obtidos por populações com proveniências culturais distintas da que deu origem à escala, Abdel Khalek e Lester (2003), aplicaram a DOS a uma amostra de estudantes do Kuwait e a uma amostra de estudantes de Nova Jérсия, nos Estados Unidos da América. Verificaram que a população do Kuwait apresentava valores significativamente mais elevados na escala do que a amostra Norte-Americana. Constataram igualmente que existiam diferenças significativas entre homens e mulheres na amostra do Kuwait mas que essas diferenças não se verificavam na amostra americana.

Mais tarde Abdel Khalek, Nahida e Addalla (2006) seleccionaram uma população que estava a viver um conflito armado na altura (os Palestínianos) e aplicou a DOS a uma amostra de 601 homens e mulheres de origem palestíniana. Os resultados obtidos na DOS, ao contrário do esperado pelos autores, não foram mais elevados nesta população do que noutras anteriormente estudadas. Abdel Khalek et al (2006) avançam com a hipótese de se poder ter desenvolvido alguma habituação ao cenário de conflito, o que faria com que as pessoas encarassem o tema da morte com menor neuroticismo.

Comparou igualmente (Abdel Khalek, 2002) os valores obtidos na DOS por populações normais (sem qualquer diagnóstico ou acompanhamento clínico) e populações a receber acompanhamento psiquiátrico regular por diferentes motivos: 1) população com distúrbios ansiosos, 2) população com diagnóstico de esquizofrenia, 3) população sofrendo de dependência de substâncias várias. Todos os sujeitos eram de origem egípcia. O estudo revelou que o grupo com distúrbios ansiosos foi o que obteve valores mais elevados na DOS (mais do dobro dos valores médios obtidos para a população normal) e que os

homens com esquizofrenia apresentavam os valores mais baixos de todos na DOS, o que o autor explica como sendo decorrente do processo de pensamento psicótico ser muito diferente do neurótico, com o qual a DOS mais se relaciona.

Dentro da linha do estudo das atitudes perante a morte Abdel Khalek (2002a) desenvolveu ainda uma outra escala destinada a compreender as razões que levam as pessoas a temer a morte: A “escala de razões para o medo da morte” (RFDS) com 18 itens e 4 factores que procuram chegar ao cerne do que preocupa as pessoas quando antecipam a própria morte. Esta escala, apesar de conter alguns aspectos necessitados de uma adaptação cultural, se for aplicada num contexto distinto do que a originou (cultura árabe muçulmana), parece prover uma linha de investigação com interesse na compreensão do porquê das atitudes negativas que muitas pessoas manifestam quando antecipam a morte.

Um outro estudo com interesse foi desenvolvido em torno da possível ligação entre o sentimento subjectivo de felicidade (avaliada pelo Inventário de Felicidade de Oxford (Argyle, Martin e Lu, 1995 cit. por Abdel Khalek, 2005) e a manifestação de atitudes negativas perante a morte avaliadas através da DAS, da DDS e da DOS (Abdel Khalek, 2005). Estes instrumentos foram aplicados a 275 estudantes universitários da Universidade do Kuwait e mostraram que quanto mais elevados forem os valores obtidos ao nível da felicidade percebida mais baixos são os valores nas escalas que medem atitudes negativas face à morte, o que remete para a relação entre o significado de vida e de realização e a percepção da morte.

Finda a breve revisão dos principais instrumentos destinados à medida de atitudes perante a morte cumpre justificar a escolha do DAP-R como medida central no presente estudo. Esta deveu-se essencialmente à possibilidade, que este instrumento concede, de acesso a um mais vasto leque de atitudes perante a morte, que não apenas as consideradas mais negativas, ao contrário do que sucede na grande maioria dos

instrumentos revistos. O cuidado depositado na sua construção e as suas promissoras qualidades psicométricas foram igualmente um factor de peso nesta decisão.

Atendemos finalmente à sugestão de Wass (2004, p.300) que afirma: “...*most studies have used death anxiety scales that inadequately represent the complexity of death-related attitudes of which death anxiety is only one dimension. Standardized instruments measuring the range of attitudes from anxiety to acceptance and more positive and cognitive aspects of death attitudes are available and are recommended for use*”.

Na sequência da análise dos instrumentos, passamos a apresentar alguns dos estudos específicos sobre o impacto da formação nas atitudes perante a morte complementando a análise da oferta formativa já efectuada no capítulo anterior.

### **3.3 Atitudes perante a morte e impacto da formação na área da morte**

O estudo das atitudes perante a morte nos profissionais de saúde apresenta duas correntes principais: a que estuda e descreve as atitudes observadas ou inferidas num único momento e a que procura avaliar os processos conducentes à mudança atitudinal através da comparação de medidas anteriores e posteriores a diversos tipos e de processos de formação.

Alguns exemplos de estudos incidindo sobre a medida das atitudes de profissionais de saúde num único momento são: 1) o estudo de Feifell (1969) que incide sobre atitudes de evitamento e medo da morte em médicos, 2) o estudo de Fang e Howell (1976) que encontrou em os estudantes de medicina valores significativamente mais elevados de medo da morte, medidos pela Collet – Lester Fear of Death Scale (Colett-Lester, 1969), do que os apresentados por estudantes da mesma idade de um curso de direito, 3) o estudo de Lester, Guetty e Kneissl (1974) que descobriu que o grau de medo da morte decrescia significativamente quando se comparavam estudantes de enfermagem do primeiro ano com os que já estavam a terminar o seu curso, 4) o estudo de Lester (1972)

que encontrou correlações negativas entre os valores de medo da morte na escala de Colett-Lester (1969), a idade e o número de anos de experiência dos enfermeiros, 5) o estudo de Eakes (1985) que, com 159 enfermeiros na área de geriatria, verificou que quanto mais elevados os valores de ansiedade perante a morte, que estes obtinham na DAS (Templer, 1970), maiores as dificuldades reportadas no relacionamento com os seus pacientes em fase final de vida, 6) o estudo de Brockopp, King e Hamilton (1991) que comparou grupos de enfermeiros a trabalhar em psiquiatria, ortopedia e cuidados paliativos e constatou qualitativamente que atitudes mais positivas face à morte ocorriam em quem trabalhava em cuidados paliativos, 7) o estudo de Rooda, Clements e Jordan (1999) que, com mais de 400 enfermeiros a trabalhar em cuidados paliativos, constatou que as atitudes de Medo da Morte e de Evitamento da Morte, medidas pela DAP-R (Wong et al, 1994) eram as que mais afectavam negativamente as atitudes face ao cuidado a prestar ao doente em fase final de vida, medidas pela FATCOD (Frommelt, 1991), 8) o estudo de Ulla, Coca, Díaz, Remor, Arranz e Bayés (2003) que encontrou atitudes face à morte globalmente mais negativas em médicos e enfermeiros que trabalhavam em cuidados intensivos pediátricos quando comparados com os que trabalhavam em cuidados intensivos de adultos, usando a UAB-99 (Bayés, 2000), 9) o estudo de Dunk, Otten e Stephens (2005) que, usando igualmente a DAP-R (Wong et al, 1994) e a FATCOD (Frommelt, 1991), constatou que o tempo de exercício profissional, o nível educacional e as formações já realizadas na área da morte, eram os melhores preditores das atitudes positivas face à morte, 9) o estudo de Chen, Del Bem, Fortson e Lewis (2006) que comparou três grupos: enfermeiros recém-licenciados, enfermeiros experientes e não enfermeiros usando a MFODS (Hoelter, 1979) e constatou que o grupo de enfermeiros experientes era o que apresentava mais medo do processo de morrer (*fear of the dying process*), e que ambos os grupos de enfermeiros (experientes e recém-licenciados) apresentavam valores mais elevados de medo do desconhecido (*fear of the unknown*) face ao grupo de não enfermeiros, 10) o estudo de Miyashita, Nakai, Sasahara, Koyama, Shimitzu, Tsukamoto e Kawa (2007) que, usando o FACTOD (Frommelt, 1991)



e o DAI (Lester e Templer, 1992-93) em enfermeiros juntamente com medidas relativas à sua autonomia para tomar decisões, constataram que os enfermeiros que sentiam maior autonomia no seu desempenho profissional eram os que apresentavam valores significativamente mais positivos de atitudes quer face ao cuidado do paciente em fase final de vida, quer nas atitudes perante a morte.

Segundo Durlak (1994), os estudos acerca do impacto da formação nas atitudes perante a morte não são unânimes nas suas conclusões. O autor propõe que isto se deve à heterogeneidade das formações quanto à duração temporal, conteúdos ministrados, bem como nas técnicas pedagógicas usadas e porque os instrumentos destinados a medir a mudança atitudinal são também eles diferentes.

Especificamente, nos estudos que abordam o impacto da formação nas atitudes perante a morte em profissionais de saúde, encontramos os aspectos referidos por Durlak (1994) com muita frequência.

Apresentaremos resumidamente, e a título de exemplo, algumas das investigações nesta área que reportaram mudanças atitudinais no sentido positivo, as que não encontraram quaisquer diferenças nas atitudes reportadas antes e depois da formação e as que reportaram efeitos negativos ou um aumento de atitudes negativas face à morte e ao morrer.

### **3.3.1 Impacto positivo da formação na mudança atitudinal**

Exploraremos nesta secção alguns dos estudos que reportaram mudanças favoráveis nas atitudes dos profissionais de saúde após programas de formação específicos na área da morte.

Miles (1980) procurou avaliar o impacto que uma formação na área da morte com a duração de seis semanas surtia na mudança atitudinal de enfermeiros que a frequentaram quando comparados com um grupo de controlo de enfermeiros que não

frequentou a formação. Aplicou a DAS (Templer, 1971) no início e no final da formação e constatou que o grupo que frequentou a formação apresentava uma diminuição significativa da ansiedade perante a morte, quer relativamente aos valores que apresentavam antes da formação quer aos valores obtidos pelo grupo de controlo que não apresentava variações significativas face aos momentos de aplicação.

Lockard (1989) estudou o impacto longitudinal de um curso na área da educação para a morte em estudantes de enfermagem. O impacto foi medido em termos de ansiedade perante a morte (DAS de Templer, 1970). Os resultados indicaram que os níveis de ansiedade perante a morte diminuíam logo após o curso de 7 horas. Descobriu igualmente que estes níveis mais baixos de ansiedade se mantinham 1 ano decorrido sobre a formação.

Kaye (1991) reportou uma diminuição significativas do medo da morte em 30 estudantes de medicina que frequentaram uma formação na área da educação para a morte durante 7 semanas (1h30 por semana). As atitudes perante a morte foram medidas pela Colett-Lester Fear of Death Scale (Collet e Lester, 1969)

Frommelt (1991), no estudo que conduziu à apresentação da FATCOD, verificou que as atitudes de 34 enfermeiros face ao doente terminal, se modificavam no sentido positivo após uma formação com 3 módulos de 2 horas cada, acerca da morte e do morrer baseados na abordagem de Kubler Ross e com sessões de role-play mimetizando a comunicação com doentes em fase final de vida.

Chen (1992), usando como medidas a Collet Lester Fear of Death Scale (Collet e Lester, 1969) e a DAS (Templer, 1970) constatou que as atitudes perante a morte se tornavam mais positivas em enfermeiros, após dois dias de formação na área da morte e que esta mudança atitudinal se mantinha 1 mês depois.

Hsieh (1995) aplicou a DAS (Templer, 1970) após um seminário de 2 horas no âmbito da educação para a morte e constatou que os enfermeiros apresentavam níveis mais baixos

de ansiedade perante a morte no final do seminário, mas que esses níveis tendiam a aumentar volvido 1 mês sobre o seminário.

Hwang, Lin e Chen (2005) aplicaram medidas qualitativas para avaliar a mudança atitudinal de estudantes de enfermagem que frequentaram um curso com a duração de 13 semanas onde, para além das aulas tradicionais, visionavam filmes, faziam jogos, role-play e sessões de discussão grupal. Os autores reportam ter havido uma melhoria muito significativa nas percepções, relativamente à vida e à morte, dos estudantes antes e depois da formação.

Morita, Murata, Tamura, Kataoka, Ohrishi, Azizuki, Kurihara, Akechi e Uchitomi, (2007) procuraram avaliar o efeito de uma formação de 5 horas sobre os sentimentos face a pacientes terminais, na mudança de atitudes face ao paciente terminal medida pelo FATCOD (Frommelt, 1991) e na mudança de atitudes face à morte medida pela DAI (Lester e Templer, 1992-93). Os autores reportam uma alteração modesta mas significativa nos resultados obtidos na FATCOD (Frommelt, 1991).

### **3.3.2 Sem impacto significativo**

Outros estudos, não encontraram qualquer eficácia significativa da formação para a mudança atitudinal face à morte e ao morrer. Exploraremos nesta secção três estudos.

Hainsworth (1996) não encontrou alterações estatisticamente significativas nas respostas atitudinais de ansiedade perante a morte, medidas pela DAS (Templer, 1970) em 28 enfermeiras de serviços de cirurgia após 6 horas de formação.

Kaye, Gracely e Loscalzo (1994) reportaram não ter encontrado diferenças significativas nos valores obtidos na Collet-Lester Fear of Death Scale (Collet e Lester, 1969) após uma formação na área da morte, com duração de 7 semanas (1h30 por semana) recebida por estudantes de medicina que foram comparados com estudantes que não tinham recebido a formação.

Mallory (2003) mediu atitudes perante o paciente em final de vida medidas pela FATCOD (Frommelt, 1991) em 104 estudantes de enfermagem e constatou que não existiam diferenças significativas entre o grupo que tinha recebido 6 semanas de formação, usando parcialmente o programa de educação para os cuidados em final de vida “*End of Life Nursing Education Curriculum (ELNEC)*”, e um grupo que não havia recebido essa formação.

### **3.3.3 Com impacto negativo**

Por fim, há indicação de dois estudos que encontraram efeitos paradoxais da formação. Esta, ao invés de um impacto positivo, exercia o efeito contrário, exarcebando as atitudes negativas face à morte e ao morrer.

Swain e Cowles (1982) mediram o medo da morte em enfermeiros usando a Collet-Lester Fear of Death Scale (Collet e Lester, 1969) no início e no final de uma formação com a duração de um semestre. Verificaram não existir diferenças significativas nos seus resultados e que inclusive alguns apresentavam níveis mais elevados de medo face à morte e mais preocupações relativas à sua própria morte no final do curso.

Maglio e Robinson (1994-95) procederam à meta-análise de 62 estudos acerca da formação na área da morte e seu impacto. Encontraram resultados que indicam que a formação provocou um aumento na ansiedade perante a morte embora também tenham diferenciado este efeito com base na técnica pedagógica.

Todos estes resultados indicam que a investigação carece de modelos mais complexos que prevejam, entre outros, a possibilidade de ocorrerem efeitos de moderação relacionados com a natureza das formações ministradas bem como as características dos próprios formandos.

Indicação de que a investigação deve avançar nesse sentido decorre de resultados encontrados por Johanson e Laly (1990-91). Neste estudo, os autores previram que a

experiência dos formandos operasse como variável moderadora. Mediram os níveis de ansiedade perante a morte (DAS de Templer, 1970) em estudantes de enfermagem de primeiro e de último ano, antes e depois de um programa de formação na área da morte. Os resultados indicaram um efeito de interacção pois o curso aumentou significativamente os níveis de ansiedade perante a morte nos estudantes menos experientes, mas diminuiu-o nos estudantes mais experientes.

Noutro estudo de revisão de 47 relatórios acerca do impacto de formações na área da morte, Durlak e Reisenberg (1991) concluíram que a formação exerce um impacto ao nível cognitivo e comportamental mas que esse impacto depende do tipo de formação e de prática pedagógica. Os melhores programas de formação são os experienciais (com um efeito moderadamente positivo). Já os didácticos não surtem efeitos significativos na mudança atitudinal. Resultados convergentes foram encontrados por Maglio e Robinson (1994-95).

Knight e Elfenbein (1993) estudaram o impacto de uma disciplina semestral em Tanatologia em 29 estudantes por comparação com um grupo de controlo composto por 79 estudantes. Usando a DAS (Templer, 1970) e a DAQ (Conte, Weiner e Plutchick, 1982) e a DAP (Guesser, Wong e Reker, 1987-88). Os resultados no final do semestre indicaram um acréscimo da ansiedade em alguns participantes que frequentaram a formação bem como um decréscimo noutros. O decréscimo ocorria concomitantemente com um aumento na percepção de um sentido para a morte pelo que os efeitos não são lineares.

Quando ignoradas as eventuais dependências de variáveis contextuais, os estudos parecem apontar, maioritariamente para efeitos positivos de um contacto enquadrado com o tema da morte e da experiência como factor de melhor ajustamento atitudinal.

Tal como Durlak (1994) constatamos que, nos estudos acerca das atitudes perante a morte nos profissionais de saúde, os instrumentos usados nem sempre são os mais adequados, os estudos incidem maioritariamente sobre enfermeiros, pontualmente sobre

médicos e apenas vestigialmente sobre outros grupos de profissionais de saúde, maioritariamente ainda sobre estudantes. Salvo raras exceções os grupos de comparação são poucos e inadequados face ao propósito em causa.

Em todos os estudos com que nos deparámos, na área da avaliação do impacto da formação na área da morte e do morrer nos profissionais de saúde, carece uma avaliação das mudanças ocorridas que permita verificar se a formação tem ou não um impacto significativo na mudança comportamental, operacionalizada pela prática diária dos profissionais ao longo do tempo. A evolução nas práticas metodológicas e no rigor científico permite prever estudos futuros com maior valor informativo quanto ao propósito central da formação nesta área.

## IV – EM BUSCA DO SENTIDO DE VIDA

*“When we are no longer able to change a situation we are challenged to change ourselves.”*

Frankl (1985: 135)

A busca do sentido de vida acompanha a Humanidade desde o seu alvor. A procura de respostas concretas acerca do que é o sentido de vida ou do que dá sentido à vida, movimenta e acompanha, todas as grandes conquistas e movimentos da Humanidade, bem como as suas mais tremendas atrocidades.

### **Mas o que é o sentido de vida afinal?**

Num mundo em que tudo o que existe necessita de um nome e de uma definição, a questão do que é o sentido de vida parece ser pertinente.

Em língua inglesa o termo “sentido de vida”, não tem equivalência imediata, que corresponderia ao termo “*sense of life*”, mas encontra o seu parente mais próximo na expressão “*meaning of life*”. Em língua francesa a expressão “*sens de vie*” é significativamente mais próxima da portuguesa.

Para Vandendorpe (1991, p. 95 e 96) : “ *Le mot sens est indéfinissable*” porque “ *Le sens (de la vie) n’a d’existence qu’a l’interior de l’esprit qui comprend : il tire sa réalité de notre vie même. Il est , en dernière analyse, la projection pseudo-objective de la confiance que nous avons dans notre capacité à comprendre.*”

Para Klinger (1998 : p.28) : *“What a life means is what a life purposes”* e Jonhson 1987 : p.176), apresenta uma definição semelhante à de Vandentorpe (1991) ao afirmar que : *“meaning is a matter of human understanding”*.

Para Baumeister (1991: p.15): *“Meaning cannot be easily defined, perhaps because to define meaning is already use meaning. Still it is clear that meaning has much to do with language and mental representations of possible relationships among things, events and relationships. Thus meaning connects things”*.

Para Frankl (1985 p.169) o sentido de vida dá-nos a consciência da: *“direction in wich we have to move in a given life situation”*

Assim sendo, podemos definir resumidamente o sentido de vida como um conceito global que permite compreender e interligar de um modo coerente e, essencialmente positivo, tudo o que nos aconteceu, bem como o que esperamos que nos aconteça na vida. Dar um sentido ou encontrar um sentido para a vida, implica descobrir, construir ou antecipar esse fio condutor e então ser capaz de perceber a vida como um todo coerente. Vários aspectos podem contribuir para mais claramente nos facilitar esta percepção de coerência positiva na vida (ex: relacionamentos próximos, trabalho, religião ou até tudo o que o futuro ainda nos pode reservar) e como veremos adiante durante a revisão dos instrumentos, para medir o sentido de vida, este conceito está fortemente ligado a múltiplos aspectos da saúde mental, da satisfação com a vida, da motivação individual e do bem-estar geral.

#### **4.1 Principais correntes teóricas em torno do sentido de vida**

O interesse mais profundo e sistematizado em torno do conceito “sentido de vida”, emergiu no final da segunda Grande Guerra Mundial, essencialmente através do impressionante relato do psiquiatra vienense Viktor Frankl, na sua obra: *“Man’s search for meaning”*, publicada na sua primeira edição em 1946 e que abordaremos com maior pormenor aqui. Sobrevivente de um dos muitos campos de concentração em Auschwitz,



Frankl descreve, numa primeira parte desta obra, as experiências vividas por si e pelos seus companheiros de infortúnio no campo de concentração e, numa segunda parte, constrói uma nova forma de pensar a busca de sentido que caracteriza a vida humana, mesmo quando se encontra em situações extremas de privação e exposição continuada ao sofrimento e morte das pessoas próximas. Frankl (1985, p. 121) afirma que: *“Man’s search for meaning is the primary motivation in his life and not a “secondary rationalization” of his drives. This meaning is unique and specific in that it must and can be fulfilled by him alone”*.

Para Frankl (1985, p.131) a resposta à questão: “Qual é o sentido da vida?” não é sempre a mesma porque: *“meaning of life differs from man to man, from day to day and from hour to hour.”* Importa sobretudo tentar compreender qual é o sentido de vida específico de cada pessoa num dado momento da sua vida.

Ao longo da sua obra Frankl (1985) fala da falta de sentido referida globalmente pelas pessoas nos tempos modernos. Chama à ausência de sentido “vazio existencial” e diz que este resulta de uma dupla perda sofrida durante a evolução humana. A primeira perda foi a do instinto que guiava as nossas decisões, como ainda o faz nos animais, e que nos trouxe o desconforto associado à liberdade de escolha. A segunda e mais recente perda foi a das tradições e rituais que nos criavam uma sensação de conforto e de segurança face aos eventos do mundo. Assim, sem referenciais mais consistentes, o homem ficou sozinho nas decisões e escolhas e a sensação de vazio, dúvida e perda de sentido instalaram-se.

Em entrevistas realizadas a 7,498 estudantes de 48 universidades diferentes, durante as quais lhes perguntaram o que é que consideravam ser uma meta muito importante para as suas vidas: *“16 percent of the students checked “making a lot of money”; 78 percent said their first goal was “finding a purpose and meaning to my life”* (Frankl, 1985, p. 122).

Estudos de Fortsmeyer (s.d, cit p. Frankl, 1985, p.167), em populações de alcoólicos depararam-se com uma percentagem de 90 por cento de pacientes que referiam *“mas abysmal feeling of meaninglessness”*, e os de Kriepner (s.d. cit p. Frankl, 1985: 168) em

toxicodependentes encontraram 100 por cento de respostas que afirmavam *“Things seemed meaningless”*.

Em 1933 Frankl (cit p. Frankl, 1985) realizou vários estudos de caso de pessoas que haviam perdido o emprego e desenvolvido posteriormente graves quadros depressivos. Estas pessoas achavam que ao perder o emprego perdiam a sua utilidade social e isso criava-lhes uma profunda ausência de sentido nas suas vidas, que regredia de forma muito rápida mal começavam a realizar trabalho voluntário, não remunerado junto da comunidade, como parte da terapia. Isto acontecia porque voltavam a sentir-se úteis, ainda que continuassem com muitas dificuldades económicas.

Quando fala da ausência de sentido ou vazio existencial Frankl (1985, p.166) afirma que: *“it is not a matter of pathology; rather than being the sign and symptom of a neurosis, it is, I would say, the proof of one’s humanness. But although it is not caused by anything pathological, it may well cause a pathological reaction; in other words, it is potentially pathogenic.”*

Para ajudar a reencontrar um sentido para a vida quando as pessoas são confrontadas com o vazio existencial, Frankl propõe uma abordagem terapêutica inovadora que denominou de Logoterapia do grego *Logos* (que significa palavra ou discurso). A logoterapia é definida por Frankl (1985 p. 120) como uma abordagem terapêutica centrada na busca de sentido para a vida: *“in logotherapy the patient is actually confronted with and reoriented toward the meaning of his life”* e que incentiva a responsabilidade e autonomia da pessoa.

De acordo com esta abordagem terapêutica o sentido de uma vida pode ser (re) encontrado de várias formas de entre as quais as mais importantes são para Frankl (1985, p.133): *“1) by creating a work or doing a deed; 2) by experiencing something or encountering someone; and 3) by the attitude we take toward unavoidable suffering”*.

Frankl (1988, p.85) salienta que o mais importante é que o Ser Humano tem dentro de si a capacidade para encontrar sentido para a sua vida mesmo quando está perante situações em que o sofrimento, a perda de esperança ou a morte o colocam perante um

destino que não consegue mudar: *“This human capacity to find meaning hidden in unique situations is conscience”*. O Homem tem em si o potencial de transformar as suas próprias tragédias pessoais em triunfos quando consegue dar-lhes um sentido: *“suffering ceases to be suffering at the moment it finds a meaning such as the meaning of sacrifice”* (Frankl, 1985, p.135).

É na capacidade do Homem para encontrar um sentido para a sua vida, através da forma como decide interpretar os acontecimentos e agir dentro das suas possibilidades, que reside o essencial da liberdade do espírito humano em qualquer circunstância em que se encontre, por mais miserável ou deteriorante que possa ser. A frase que melhor resume o trabalho de Frankl e da Logoterapia é: *“Life is potentially meaningful under any conditions”* (Frankl, 1986, p.301).

Para Baumeister (1991) e Yalom (1980, 2000), ao contrário de Frankl (1985, 1986 e 1988) o sentido de vida não é algo intrínseco, mas antes algo que construímos cognitivamente quando confrontados com a ansiedade que nos provoca a completa ausência de sentido do mundo que nos rodeia.

Para Baumeister (1991: 3) a busca de sentido só vai ocorrer em circunstâncias especiais nas quais as nossas necessidades de sobrevivência e de segurança não estejam postas em causa: *“Meaning of life is a problem for people who can count on survival, comfort, security and some measure of pleasure.”* Quanto aos motivos que nos fazem procurar um sentido para as nossas vidas, Baumeister (1991) defende que o fazemos essencialmente para estimular um cérebro complexo e avesso à rotina. O encontrar sentido é basicamente um exercício mental de conexão das coisas que experimentamos ao longo da nossa existência. No entanto é um exercício com capacidade para alterar as nossas escolhas e comportamentos porque: *“Meaning influences events by enabling people to see them as interrelated and hence respond differently to them”* (Baumeister, 1991: 360). Encontrar um sentido é também uma fonte de estabilidade, porque permite tornar o mundo mais previsível e controlável. Para o Ser Humano a constante mudança é um

processo desagradável e desgastante e o seu desejo por uma realidade mais constante encontra resposta na atribuição de um sentido à vida.

Para este autor a busca de sentido humana é alimentada por quatro necessidades específicas: 1) atingir metas ou propósitos, 2) sentir eficácia e controlo sobre a vida, 3) perceber as suas acções como boas ou justificáveis e 4) reconhecer o valor Individual de forma positiva.

Para Baumeister (1991:364) estas necessidades das pessoas em torno do sentido são encorajadas pela Sociedade como forma de manter as pessoas estáveis e controláveis e uma Sociedade que funcione melhor ou seja a ideia de que a vida tem um sentido superior:” ...is one of the incentives society uses to influence and control the actions of individual people, just as it uses money and housing and status”.

A ideia de que a vida tem sentido é para Baumeister um mito necessário ao bem-estar psicológico e social dos seres humanos. Este mito é construído em torno de pilares que sustentam o que desde sempre a Humanidade valorizou como fontes e respostas de sentido e felicidade humanas e que Baumeister (1991) questiona profundamente ao longo de toda a sua obra.

Tendo uma posição muito marcada face à existência de sentido para a vida humana, Baumeister (1991:370) mantém no final da sua obra a afirmação de que, apesar de tudo, a ideia de um sentido e da sua busca, permanece um elemento vital para os Seres Humanos e assim: *“Yet even if meaning must disappoint us in this respect, it is still vital in what it brings to life. For that reason, if for no other, people should be encouraged to continue to ponder life’s meanings. It is the question not the answer that is the real miracle. The quest of meaning alone enables us to be more fully human”*.

Para Yalom (2000) as pessoas são seres constantemente em busca de um sentido, num mundo desprovido de sentido para lhes oferecer: *“One of our major tasks is to invent a purpose in life sturdy enough to support a life. And next we have to perform the tricky manoeuvre of subsequently denying personal authorship of this purpose as to conclude we “discovered” it-that it was “out there” waiting for us”*. Desta forma o sentido apenas

existe dentro dos Seres Humanos pois são estes que o criam, quando confrontados com as grandes questões da vida, como mecanismo de defesa contra a ansiedade, gerada por um mundo povoado de incerteza.

Embora estes três contributos teóricos pareçam opor-se à verdade é que todos eles confirmam a busca de sentido como uma importante necessidade humana. Outros contributos teóricos que surgiram para sustentar o conceito de sentido de vida oscilam entre estas posições. Maslow (1968) sustenta a visão de Frankl e parcialmente a de Baumeister (1991) e Yalom (1980) ao afirmar que o sentido é intrínseco à natureza humana e que os indivíduos têm a liberdade ao longo de toda a sua vida, mesmo enquanto crianças, de escolher o sentido que querem dar às suas vidas.

Klinger (1977) adopta uma posição behaviorista ao dizer que o que dá sentido à vida humana é a procura de reforços positivos ou o evitamento do sofrimento e que as nossas acções são essencialmente determinadas por estas componentes.

Taylor (1989) vê a busca de sentido como um processo mental com um imenso valor de sobrevivência, sobretudo quando emerge do confronto com circunstâncias trágicas de vida: *"...finding a meaning in adverse circumstances is the most remarkable of the adaptative powers of the mind, for it is the process that often advances people not only beyond their victimizing circumstances, but beyond any point that they might have reached in their lives without their tragic experiences"* (Taylor, 1989:193).

Munitz (1993) numa abordagem essencialmente filosófica, conclui que os Seres Humanos podem criar múltiplas formas de sentido durante as suas vidas e acrescenta uma dimensão até então inédita na literatura acerca do sentido de vida que é a noção de universo e de existência alargada nesse universo, como forma de dar sentido à vida.

Park (1999) apresenta, à semelhança de Baumeister(1991), várias fontes das quais o Homem pode retirar sentidos parciais para a sua vida: 1) dinheiro e posses materiais, 2) realização pessoal, 3) casamento, 4) filhos, 5) prazer e divertimento e 6) religião. Apesar de identificar as fontes, o autor conclui dizendo que nenhum destes aspectos permite

atingir um sentido de vida pleno porque este só pode ser conseguido através da libertação do espírito humano das questões em torno do propósito para a sua existência. A questão em torno do sentido de vida tem sido teoricamente muito disputada ao longo de gerações de mentes humanas. A tentativa da sua operacionalização começa no entanto, apenas no século XX. Segue-se uma breve revisão dos contributos mais significativos para esta discussão, encontrados na literatura actual.

## **4.2 Instrumentos e sentido de vida**

Na organização desta secção foram considerados vários aspectos importantes na selecção dos instrumentos para medir o sentido de vida a abordar mais aprofundadamente: 1) a extensão e qualidade da investigação em torno do instrumento e das suas qualidades psicométricas, 2) a amplitude e consistência da moldura teórica que enquadra a medida em causa e 3) as suas implicações e impacto no panorama da investigação no âmbito do sentido de vida no passado e presente.

As medidas seleccionadas para análise neste capítulo foram, pelos motivos explicitados, as seguintes: 1) o *Purpose in Life Test* ou Teste de Propósito e Sentido de Vida de Crumbaugh e Maholick (1964), 2) o *Life Regard Index* ou Index de Observação da Vida de Batista e Almond (1973), 3) o *Sense of Coherence Scale* ou Escala de Sentido de Coerência de Antonovsky (1984), 4) o *Life Attitude Profile – Revised* ou Perfil de Atitudes perante a Vida-Revisto de Reker e Peacock (1981) e de Reker (1992) e 5) o *Personal Meaning Profile* ou Perfil Pessoal de Sentido de Wong (1998).

Algumas das restantes medidas desta natureza com que nos deparamos, embora mais discretamente presentes na investigação publicada na área do sentido de vida, merecem uma breve menção, pois representam o interesse de alguns investigadores nesta área, sobretudo se orientados para medidas mais específicas. Separaremos estes contributos em medidas de natureza quantitativa e qualitativa.

No âmbito das medidas de natureza quantitativa, encontramos instrumentos tais como:

1) O *Seeking of Noetic Goals* (SONG) ou Procura de Objectivos Inspiracionais de Crumbaugh (1977), considerado mais como um instrumento complementar do PIL do que uma medida útil isoladamente com 20 itens e destinado a medir o grau de motivação dos indivíduos para encontrar um sentido de vida,

2) O *Life Purpose Questionnaire* (LPQ) ou Questionário de Propósito de Vida de Hablas e Hutzell (1982), formulado à semelhança do PIL com 20 itens, mas com um formato ligeiro e simples que o torna mais adequado para pacientes em fase terminal ou a populações idosas,

3) O *Meaning in Suffering Test* (MIST) ou Teste de Procura de Sentido no Sofrimento de Stark (1985), constituído por duas partes, uma com 20 itens destinada a medir quantitativamente a extensão em que as pessoas são capazes de encontrar sentido em experiências de sofrimento e uma segunda com 17 questões de resposta aberta em que é pedido às pessoas que descrevam vários aspectos da sua experiência pessoal quando em situações de sofrimento,

4) O *Life Orientation Test* (LOT) ou Teste de Orientação para a Vida de Scheier e Carver (1985), com 12 itens destinados a medir o optimismo face à vida e testado em populações com AVC durante várias fases da sua recuperação tem também uma forma revista com apenas 10 itens (Carver e Scheier, 2002),

5) A *Meaning in Life Scale* (ML) ou Escala de Sentido de Vida de Warner e Williams (1987) com 15 itens destinados a avaliar o sentido de vida especificamente em doentes a receber cuidados paliativos por doença grave,

6) A *World Assumptions Scale* (WAS) ou Escala de Assumpções do Mundo de Janoff-Bullman (1989) com 61 itens e que procura medir as alterações que a exposição a eventos traumáticos provoca nas crenças das pessoas acerca do mundo,

7) A *Constructed Meaning Scale* (ML) ou Escala de Sentido Construído de Fife (1995) com 8 itens, destinada a medir a construção de um sentido em pessoas com doenças oncológicas ou outras doenças graves,

8) O *Sources of Meaning Profile-Revised* (SOMP-R) ou Perfil de Fontes de Sentido-Revisto de Reker (1996), com 17 itens destinados a identificar um perfil individual dos aspectos que dão sentido à vida das pessoas, com aplicação na avaliação de pessoas com diferentes idades e em diferentes fases de vida, bem como em doenças graves, e

9) O *The Meaning in Life Questionnaire* (MLQ) ou Questionário do Sentido de vida de Steger, Frazier, Kaler e Oishi (2006) com 10 itens e que foi construído com o propósito de ultrapassar os aspectos menos consistentes de instrumentos mais utilizados como o PIL e o LRI, na medida de um sentido global de vida. Inovador pelo seu formato reduzido, torna mais acessível a sua aplicação em contextos onde o tempo de aplicação seja uma variável importante. Tem dois factores de 5 itens cada (Presença de Sentido de Vida (MLQ-P) e Procura de Sentido de Vida (MLQ-S)). Diversos estudos conduzidos pelos autores encontraram qualidades psicométricas promissoras. Porém, dado a recência deste instrumento, julgamos necessário uma mais ampla aplicação para ajuizar sobre a verdadeira qualidade psicométrica do mesmo.

No âmbito das medidas de natureza qualitativa encontramos alguns exemplos que permitem uma forma alternativa ou complementar de investigação na área do sentido de vida:

1) De Vogler-Ebersole e Ebersole (1985) construíram uma metodologia de acesso ao sentido individual de vida. Desta forma pediam a alguns indivíduos que escrevessem pequenos textos acerca do que conferia sentido às suas vidas. Solicitava-se-lhes que relacionassem posteriormente os conteúdos destes com os resultados de uma avaliação, feita pelos próprios sujeitos, acerca do quão profundo era o seu sentido de vida (ex: superficial, moderado, profundo). Ebersole (1998) sugere algumas alterações na



avaliação da profundidade do sentido de vida com base na análise estruturada dos conteúdos dos textos produzidos por cada pessoa.

2) Schussler (1992) desenvolveu abordagem para aceder aos significados pessoais de vida e da doença com base em estudos de caso, análise biográfica individual de cada respondente e dos modos como a pessoa viveu situações de doença.

4) Sommer e Baumeister (1998) desenvolveram um método de avaliação das quatro necessidades individuais de sentido propostas por Baumeister (1991) e já referidas no início deste capítulo. Com este método pede-se às pessoas que construam histórias com temáticas específicas, alusivas a cada necessidade. A análise das histórias evidencia a reacção a situações hipotéticas de vida que, por sua vez, indicam as fontes de sentido. Os autores propõem ainda formas de converter parte dos conteúdos qualitativos, das histórias produzidas, em dados quantitativos.

5) McGregor e Little (1998) e Little (1998), propuseram uma forma de aceder aos conceitos de Felicidade e de Sentido de vida pedindo aos inquiridos que apresentassem os seus projectos de vida e aquilo que pretendiam concretizar no futuro próximo e que os classificassem por ordem de importância. Posteriormente, os autores relacionaram as escolhas dos indivíduos com os seus níveis pessoais de felicidade e de sentido medidos pelo PIL.

6) O'Connor e Chamberlain (2000), construíram e conduziram entrevistas semi-estruturadas, baseadas no modelo teórico das dimensões estruturais do sentido de Reker e Wong (1988). No decurso das entrevistas pediam aos inquiridos que identificassem a principal fonte de sentido nas suas vidas e que falassem o mais detalhadamente possível sobre a mesma. Procuraram, desta forma, demonstrar que as dimensões teóricas são facilmente operacionalizadas através de respostas subjectivas.

Feita a descrição breve de alguns dos instrumentos de medida do sentido de vida, procederemos a uma análise mais aprofundada de outros que, pelos motivos anteriormente explicitados, assumem maior centralidade neste estudo.

#### 4.2.1 O Purpose in Life Test ou Teste de Propósito e Sentido de Vida (PIL)

Crumbaugh e Maholick (1964) procuraram, através deste teste (PIL), tornar quantificável o conceito de propósito e de sentido de vida e medir o grau de frustração existencial de acordo com a formulação de Frankl. Para Frankl a essência humana reside na motivação para encontrar um sentido para a vida. Quando não o consegue, o indivíduo entra num estado de frustração existencial que, conjugado com outros factores, pode espoletar perturbações do foro psicopatológico como a neurose noogénica (Frankl, 1985, 1986, 1988).

Existem inúmeras questões levantadas (Shapiro, 1988, Peralta, 2001 e Peralta e Silva, 2003) em torno do nome escolhido para o teste, uma vez que na obra de Frankl é sobretudo e consistentemente o termo “*meaning in life*” e não “*purpose in life*” que aparece como central.

Pensamos, no entanto, que algo pode contribuir para a clarificação desta dúvida, uma vez que os autores nunca a abordaram directamente. Assim, apesar de Crumbaugh e Maholick (1964) terem apelidado o seu teste de “Purpose in Life”, os autores nunca distinguiram objectivamente o conceito de “*purpose*” (objectivo ou propósito) do de “*meaning*” (significado ou sentido). Ambos os termos são sistematicamente, tratados como equivalentes ou complementares: “*The purpose of the present study is to carry further the quantification of the existential concept of “purpose” or “meaning in life” in particular to measure the condition of existential frustration (...)*” (Crumbaugh e Maholick, 1964, p.201). Esta aparente sinonímia está patente ao longo de todo este artigo e em outros artigos dos autores, sempre que se referem aos aspectos medidos pelo seu teste: “*Results yielded high scores on the PIL, suggesting that a high degree of purpose and meaning in life is both possessed and needed (...)*” (Crumbaugh, Raphael e Shrader, 1970 p. 207) ou “*The Purpose in Life Test indicates the degree to which meaning and purpose in life has been found*” (Crumbaugh, 1977, p.900).

Pensamos assim que a escolha do termo “*purpose in life*” para o teste poderá ter sido feita por razões menos objectiváveis, tais como a necessidade de distinguir este contributo do provido pelo Questionário de Frankl, desenvolvido com metodologia qualitativa por Frankl e quantitativamente por Crumbaugh e Maholick (1964) em estreita colaboração com o autor. O Questionário de Frankl é um breve questionário para uso clínico, destinado a medir o grau de “*meaning of life*” e a presença de frustração existencial (Crumbaugh e Maholick, 1964, p.204).

Por estes motivos, utilizaremos não apenas o termo “propósito de vida”, mas o termo conjugado “propósito e sentido de vida” para nos referirmos ao constructo medido pelo teste. Também propomos que a denominação portuguesa do teste seja a de “Teste de Propósito e Sentido de Vida”, pelos motivos anteriormente expostos.

Para os autores do PIL, o conceito de propósito e sentido de vida pode ser definido como a interpretação ontológica da vida na perspectiva do indivíduo que a experimenta.

O PIL pretende ser uma escala atitudinal construída especificamente para eliciar respostas que os autores consideraram relacionadas com o grau de propósito e sentido de vida experimentado pelas pessoas em geral.

Os itens foram formulados tendo por base uma revisão de literatura de orientação existencialista, com ênfase particular no contributo de Viktor Frankl, na procura de aspectos que permitissem discriminar as pessoas ditas normais de pessoas com diversos tipos de perturbação mental ou comportamental, nomeadamente no âmbito da psicopatologia.

No estudo preliminar que deu origem ao PIL, este instrumento continha 25 itens dos quais cerca de metade foi eliminada, introduzidos outros e reformulados alguns, dando origem a uma escala final com 22 itens, que foi a utilizada por Crumbaugh e Maholick em 1964. Posteriormente, em 1968, o PIL foi novamente testado e sofreu as alterações que reduziram a 20 o número de itens que o compõem actualmente (Crumbaugh, 1968).

Um dos aspectos mais curiosos do PIL é o modo como são formulados os itens. Cada item está formulado com a sua própria escala de Likert de sete pontos mas contém a singularidade de por baixo de cada um dos extremos da escala (por baixo do 1 e do 7) conter afirmações específicas escritas, relativamente ao item em causa, para orientar o indivíduo na sua resposta. Sendo assim, fornece simultaneamente uma escala de Likert e uma de diferencial semântico e torna cada item uma espécie de escala dentro de outra escala. Segundo Crumbaugh e Maholick (1964), através da conjugação de âncoras qualitativas a ilustrar extremos quantitativos de um modo específico *“the scale would be less monotonous and would stimulate more meaningful responses”* (p.202).

A pontuação final é calculada através da soma simples das pontuações obtidas. Na versão de 20 itens, as pontuações totais obtidas no PIL variam entre 20 e 140, representando respectivamente o mais baixo e o mais elevado grau de propósito e de sentido de vida (Crumbaugh 1968).

No primeiro estudo em torno do PIL (Crumbaugh e Maholick, 1964), este instrumento foi aplicado conjuntamente com outros três (o Questionário de Frank (Frankl, 1960), a Escala Allport-Vernon-Lindzey de Valores (A-V-L) (Allport, Vernon e Lindzey, 1960) e o Inventário Multifásico de Personalidade do Minnessota (MMPI) (Hathaway e Mckinley, 1943)) a um total de 225 indivíduos de ambos os sexos e com idades entre os 17 e os 50, entre os quais se encontravam grupos constituídos por: 1) pessoas saudáveis e sem patologia psiquiátrica (n=105), todos estudantes, 2) pacientes não internados mas com diagnóstico e acompanhamento psiquiátricos por patologias variáveis (n=99) e 3) pacientes internados por alcoolismo crónico (n=21).

Os resultados obtidos discriminaram, de forma estatisticamente significativa, as populações de não pacientes das de pacientes, tanto nos itens, quanto no resultado global obtido. Os níveis mais elevados (maior grau de propósito e sentido de vida) foram constatados nas populações de estudantes sem patologia e os níveis mais baixos nos pacientes internados.

O objectivo dos autores de, através do PIL, distinguir uma nova entidade nosológica (a neurose noogénica provocada pela incapacidade para encontrar propósito ou sentido de vida) foi frustrado de uma forma clara. Apesar disso, os autores afirmam que o PIL poderá ser uma medida de neurose noogénica porque constataram a existência de: 1) fortes correlações positivas entre os resultados obtidos no PIL e os obtidos no Questionário de Frankl (especificamente destinado a medir o grau de sentido ou propósito de vida e a presença de frustração ou vazio existencial, que antecederia a neurose noogénica) e 2) baixas correlações com o MMPI mostram que o que distingue pacientes de indivíduos sem patologia poderá não ter a ver com as configurações clássicas de psicopatologia (tríade neurótica e psicótica, etc.) traçadas pelo MMPI, mas sim com algo que o PIL mede especificamente.

Julgamos que a dimensão modesta da amostra bem como o tipo de população estudada e o tipo de grupos constituídos, com divergências importantes quer a nível etário quer ao nível educacional, bem como os instrumentos usados como suporte na validação do PIL podem, per se, ter dificultado a formulação de conclusões mais estruturadas do estudo de 1964.

Foram estes aspectos que Crumbaugh (1968) procurou colmatar. Desta forma, aplicou o PIL a uma população de 1140 pessoas de entre as quais 805 constituíam a amostra de população normal e 335 a população de pacientes psiquiátricos. Na amostra de população não psiquiátrica, Crumbaugh (1968) incluiu mais grupos de estudo do que em 1964: profissionais de sucesso, praticantes activos e líderes do movimento religioso protestante, estudantes de liceu e indigentes. Na amostra de pacientes psiquiátricos incluiu, neuróticos (não internados e internados), alcoólicos internados, esquizofrénicos internados e psicóticos internados.

Os valores foram significativamente mais elevados nos grupos normais do que nos de pacientes psiquiátricos sendo os mais elevados obtidos pelo grupo de profissionais de sucesso (média=119) e os mais baixos obtidos pelo grupo de psicóticos internados (média=81).

Dois anos mais tarde Crumbaugh, Raphael e Shrader (1970) voltaram a testar o PIL no seio de uma comunidade religiosa de freiras dominicanas. O instrumento foi aplicado a 56 noviças da ordem religiosa. Verificou-se que estas obtinham resultados médios de 119, equiparáveis aos obtidos pelo estudo de 1968 para os profissionais de sucesso e que os valores obtidos no PIL estavam positiva e significativamente correlacionados com as avaliações da sua capacidade realizadas pelas Madres superiores, embora não conseguissem prever quais as noviças que iriam continuar e as que iriam desistir do seu percurso religioso.

Em 1977 Crumbaugh estudou em simultâneo o PIL com um novo teste: o SONG (Seeking of Noetic Goals) destinado a medir o grau de motivação para procurar um sentido e propósito para a sua vida. Crumbaugh (1977) esperava encontrar uma correlação negativa entre ambos os testes, uma vez que quanto maior fosse o propósito ou sentido de vida avaliado pelo sujeito menor seria a força da sua motivação para procurar estes mesmos aspectos e vice-versa. As populações escolhidas incluíram indivíduos sem patologia diagnosticada (seminaristas e estudantes universitários) (n=103) e pacientes com diagnósticos variados, a receber tratamentos específicos (logoterapia, metadona e tratamentos para o alcoolismo) (n=206). Neste estudo o autor conclui pela corroboração da hipótese de complementaridade entre o PIL e o SONG. Expressa assim interesse no uso conjunto de ambos os instrumentos para identificar configurações que permitam melhor compreender o nível de sucesso de uma abordagem terapêutica. A esta conclusão chegaram igualmente Reker e Cousins (1979) que aconselharam o uso conjunto do PIL e do SONG como forma de: diagnosticar o funcionamento ao nível dos mecanismos de procura de propósito e sentido de vida e também para escolher a melhor abordagem terapêutica para um determinado indivíduo. Para além destes estudos, o PIL continuou a ser amplamente testado e utilizado por diversos investigadores, tornando-se uma medida “padrão” no que respeita ao propósito e sentido de vida.

Um dos primeiros estudos que utilizou o PIL em investigação, com grande relevância para o trabalho desenvolvido nesta tese, foi o de Durlak (1972). Neste estudo o autor procurou averiguar a relação entre o propósito e sentido de vida, medido pelo PIL, e as atitudes perante a morte, medidas pela “Escala de medo perante a morte” de Collet-Lester e por um diferencial semântico para classificar de uma forma mais positiva ou negativa a Vida e a Morte. Com 120 sujeitos (80 estudantes universitários e 40 de liceu) constatou que uma associação negativa entre o propósito e sentido de vida e o medo da morte bem como entre o propósito e sentido de vida e as atitudes mais positivas e de aceitação face à morte (no diferencial semântico).

Um dos estudos mais relevantes do ponto de vista do estudo das qualidades psicométricas do PIL foi conduzido por Chamberlain e Zika (1988a). Neste estudo compararam as estruturas factoriais de três testes destinados a medir o sentido de vida (PIL, Life Regard Index – LRI e Sense of Coherence – SOC). Da sua aplicação a uma amostra de 194 respondentes, concluíram que: *“For researchers wishing to use a general measure of meaning in life, Crumbaugh’s (1968) PIL appears to be the most useful of the three examined here”* (Chamberlain e Zika, 1988a, p. 595). Outros estudos atribuíram igualmente qualidades psicométricas muito favoráveis ao PIL, quer no que respeita à sua consistência interna e estabilidade temporal mesmo em populações não anglófonas (Reker, 1977; Shek, 1988), quer no que se refere à sua validade de constructo e concorrente (Zika e Chamberlain, 1992). Num estudo transcultural de grande dimensão envolvendo população adolescente de diferentes países e com diferentes línguas (Suíça, Rússia e Estados Unidos da América) foram igualmente testadas as qualidades psicométricas do PIL e do SONG (Sink, Purcell, Keppel e Gomper, 1997). Os autores concluíram que o PIL mantinha a sua estrutura factorial original embora o mesmo não se verificasse para o SONG. Num outro estudo conduzido na Nigéria por Akande e Odewale (1994) com adolescentes, o PIL demonstrou manter as suas qualidades psicométricas. Foram também encontrados resultados que associaram os valores mais elevados obtidos no PIL a resultados também eles elevados de satisfação geral com a vida, extroversão,

estabilidade emocional, atitude positiva face à vida (Chamberlain e Zika, 1988b; Akande e Odewale, 1994; Robak e Griffin, 2000). Os resultados mais baixos do PIL foram associados a níveis mais elevados de depressão (Philips, 1980; Klass, 1998), à esquizofrenia (Henrion, 1983; Pearson e Sheffield, 1989), às perturbações psicopatológicas gerais (Moomal, 1999) e aos problemas de alcoolismo e consumo de substâncias (Harlow, Newcomb e Bentler, 1986; Waisberg e Porter, 1994).

Foi amplamente testado exclusivamente com amostras de estudantes do ensino superior e de liceu relacionando os valores obtidos no mesmo com diversos aspectos tais como a orientação religiosa e sistema de valores (Crandall e Rasmussen, 1975; Dufton e Perlman, 1986), satisfação com a vida e motivação (Walters e Klein, 1980), tipos de actividades desenvolvidas nos tempos livres (Molasso, 2006), depressão e *locus* de controlo (Phillips, 1980).

O PIL foi também estudado conjuntamente com a consciência da própria mortalidade (Drolet, 1990), com a ansiedade perante a morte (Durlak, 1972; Quinn e Reznikoff, 1985; Drolet, 1990), com a vivência de perdas muito significativas como a morte de um filho (Florian, 1989), com o surgimento de uma doença oncológica (Henrion, 1983) ou associado ao processo de envelhecimento (Drolet, 1990; Klass, 1998).

Sendo uma medida tão extensamente usada, o PIL não está isento de críticas. Alguns autores criticaram a estrutura e formulação dos itens que afirmaram ser “confusing to the test taker” (Harlow, Newcomb e Bentler, 1987 p.235). Assim sendo, propuseram uma reformulação do PIL (o PIL-R) na qual alteraram a formulação escrita dos itens bem como retiraram uma das qualificações dos pontos de resposta extrema na escala de Likert com o intuito de facilitarem a compreensão. Propuseram, ao invés de um factor geral, quatro factores denominados de: falta de sentido de vida, sentido de propósito positivo, motivação para o sentido, e confusão existencial. Existe já uma versão do PIL-R adaptada à população portuguesa de idade adulta avançada (Peralta, 2001; Peralta e Duarte, 2003).



Vários outros autores sugeriram igualmente que o PIL teria uma estrutura multifactorial e não um só factor global (Chamberlain e Zika, 1988a; Reker e Cousins, 1979; Shek, 1986; Dufton e Perlman, 1986).

Dick (1987) criticou o PIL acusando-o de constituir apenas uma medida indirecta da depressão e, logo, inadequado para medir o sentido de vida. No entanto, Zika e Chamberlain (1992) contestaram esta acusação afirmando que a relação também se encontra com outras variáveis da saúde mental que não a depressão e concluem que: *“people who lack meaning are likely to show detrimental effects in all aspects of their psychological functioning.”* (Zika e Chamberlain, 1992, p. 142).

Ebersole e Quiring (1988) questionaram a permeabilidade do PIL à desejabilidade social, no entanto, concluíram que: *“...social desirability is only a minor factor on the PIL (...) thus exonerating the PIL from this problem”* (Ebersole e Quiring, 1988 p.306). Também Durlak (1972) considerou despidendo o peso da desejabilidade social no PIL.

Damon, Menon e Bronk (2003) referem que o PIL parece ser uma medida muito próxima do constructo “satisfação com a vida”, o que, segundo os autores, está patente na forma como foram construídos os diversos itens que o compõem.

Foram também apontados aspectos relativos à consistência do PIL quando aplicados noutras culturas (Garfield, 1973), embora algumas validações deste instrumento neste mesmo contexto não tenham apresentado estas dificuldades (Shek, 1988; Akande e Odewale, 1994; Sink, Purcell, Keppel e Gomper, 1997).

#### **4.2.2 O Life Regard Index ou Index de Observação da Vida (LRI)**

Em 1973, Batista e Almond caracterizaram o sentido de vida como uma visão positiva acerca da vida e propuseram uma nova medida, denominada de relativista, destinada a medir o sentido existencial. Esta medida surgiu na sequência de uma reflexão sobre as várias perspectivas teóricas acerca do que é o sentido de vida e das formas como o Ser Humano procura conferir sentido à sua vida universalmente. Foi construído como uma alternativa ao PIL pretendendo ultrapassar os seus pontos menos fortes.

Segundo Batista e Almond (1973) o PIL apresentava, enquanto medida de sentido de vida, duas dificuldades principais: 1) falhava no controlo da desejabilidade social e do efeito de negação e 2) podia variar muito consoante os sistemas de valores ou as culturas dos respondentes.

O Life Regard Index (LRI) foi criado com o propósito de medir apenas os aspectos universais no que concerne a experiência do sentido de vida, e que seriam independentes das culturas ou dos sistemas de valores dos indivíduos.

Os aspectos universais identificados pelos autores transversalmente, nas diferentes perspectivas teóricas que reviram, podem ser resumidos da seguinte forma:

- 1) O sentido de vida decorre de uma vinculação sentida como positiva a determinados sistemas de valores ou conceitos (filosóficos, religiosos ou outros mais pessoais),
- 2) O sentido de vida permite às pessoas perceberem a sua vida e os seus acontecimentos de vida como algo coerente e estável, estabelecendo, a partir deste pressuposto, metas ou propósitos para a sua vida,
- 3) Quando as pessoas acreditam que as suas vidas têm sentido, elas tentam e procuram atingir as suas metas ou propósitos de vida,
- 4) O processo de busca desta concretização de metas ou propósitos de vida faz com que as pessoas sintam que as suas vidas têm significado na sua globalidade.

O LRI contém 28 itens e é constituído por duas sub-escalas de 14 itens (com 7 itens formulados pela positiva e 7 pela negativa, cada). Uma destas sub-escalas foi designada de *Framework* (FR) ou Enquadramento e refere-se ao grau em que o indivíduo consegue ter uma orientação global ou um sistema de crenças que confira sentido à sua vida ou que lhe tenha permitido equacionar metas ou propósitos de vida com base nos mesmos. A outra escala, denominada de *Fulfillment* (FUL) ou Realização, destina-se a perceber

em que medida as pessoas sentem que conseguiram concretizar aquilo que dá um sentido global à sua vida ou as suas metas ou propósitos de vida.

As respostas possíveis variam entre 1 (discordo muitíssimo) e 7 (concordo muitíssimo).

Este instrumento demonstrou qualidades psicométricas interessantes e adequadas do ponto de vista da consistência interna em diferentes estudos (Chamberlain e Zika, 1988a; Zika e Chamberlain, 1992; Debats, Drost e Hansen, 1995; Van Ranst e Marcoen, 1997; Debats, 2000). Também se verificou a estabilidade temporal do instrumento para ambas as escalas (Batista e Almond, 1973; Debats, Van der Lubbe e Wezeman, 1993).

A estrutura bifactorial proposta por Batista e Almond (1973) foi questionada por Chamberlain e Zika (1988a: 595): *“There was weak evidence for a fulfillment-like dimension, but none for a framework dimension and the structure derived was not open to a clear interpretation.”* O estudo de Debats (1990) também foi inconclusivo em relação à adequação da estrutura bifactorial proposta originalmente. Porém, estudos posteriores (e.g. Debats et al, 1993; Van Ranst e Marcoen, 1997) indica existir suporte para a estrutura bifactorial proposta originalmente por Batista e Almond (1973).

Apesar da estrutura factorial não reunir consenso, o LRI revelou-se um instrumento importante na medida do sentido de vida (Chamberlain e Zika, 1988a, 1992 e Van Ranst e Marcoen, 2000) quando comparado com outros instrumentos tais como o PIL, o SOC (Sense of Coherence) ou com o PMI (Personal Meaning Index). O LRI tem igualmente associações substanciais ao conceito de bem-estar e satisfação com a vida (Zika e Chamberlain, 1992; Debats et al, 1993). Também apresentou resultados que permitiram distinguir indivíduos com elevado ou baixo sentido de vida através de comparação dos seus resultados com os obtidos da análise qualitativa de respostas de pessoas a quem tinha sido pedido que relatassem situações nas quais tivessem achado que a sua vida tinha muito sentido e outras em que tivessem sentido precisamente o contrário (Debats et al, 1995). Distinguiu igualmente pessoas que apresentavam diferentes tipos de atitudes perante a morte e diferentes estratégias de coping (Van Ranst e Marcoen, 2000).

Os resultados obtidos no LRI não parecem ser afectados por variáveis como o sexo, a idade ou o estado civil (Debats, 1990; Debats et al, 1993; Van Rans e Marcoen, 1997; Leath, 1999), nem pela desejabilidade social (Batista e Almond, 1973).

O LRI é identificado por Debats (1998) como um instrumento muito útil em contexto de intervenção clínica uma vez que permite distinguir as pessoas com perturbações psicológicas das que não apresentam qualquer perturbação.

O instrumento poderá no entanto apresentar algumas limitações em estudos envolvendo outras culturas: “Cultural differences regarding the ways in which people attain a sense of meaningfulness may affect the scoring of LRI” (Debats, 1998: 255). Nesse sentido, a pretensão de universalidade que motivou originalmente a construção do LRI não encontra eco empírico.

#### **4.2.3 A Sense of Coherence Scale ou Escala do Sentido de Coerência (SOC)**

Em 1979, Aaron Antonovsky desenvolveu um modelo teórico que procurava compreender a relação entre os eventos stressantes vividos pelo indivíduo e a sua saúde. O conceito central deste modelo denominou-o *Sense of Coherence* (SOC).

O Sentido de Coerência foi definido por Antonovsky (1979 p.132) como: “...a *global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring, though dynamic, feeling of confidence that one’s internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected*”.

Segundo este autor, o sentido de coerência desenvolve-se ao longo da vida até atingir uma configuração estável nos jovens adultos, construída à medida que vão observando no mundo que os rodeia a ideia de consistência e previsibilidade.

O sentido de coerência pode ser compreendido como uma característica de personalidade ou estilo de *coping* que permite ao indivíduo ver a sua vida como mais ou menos organizada, previsível e gerível (Antonovsky e Sagy, 1986).

De acordo com Antonovsky (1987) o sentido de coerência é construído com base em três componentes fulcrais: 1) a compreensibilidade (*comprehensibility-Co*) ou seja, a noção de que os estímulos que encontramos ao longo da vida são estruturados, previsíveis e explicáveis de uma forma racional, 2) a exequibilidade (*manageability-Ma*) ou seja a medida em que achamos que temos recursos disponíveis para enfrentar as exigências que esses estímulos nos colocam e 3) a capacidade de prover sentido (*meaningfulness-Me*) ou seja a capacidade para perceber as exigências que o meio nos coloca, como desafios nos quais vale a pena investir e envolvermo-nos de uma forma activa.

Para o autor, a componente com maior ênfase para a construção de um sentido de coerência seria a capacidade para prover sentido (*Me*), pois sem esta, nenhuma das outras (*Co* e *Ma*) persistiria.

De uma forma clara, Korotkov (1998, p.58) apresenta as implicações que a noção de sentido de coerência e seus componentes (*Co*, *Ma* e *Me*) têm na saúde: “...*those with a strong SOC (i.e., high meaningfulness, high comprehensibility, high manageability) may be influential in affecting various bodily systems (e.g., central, peripheral, immune, endocrine) with the end goal of returning physical functioning back to homeostasis.*”. Strang e Strang (2001, p.128) resumem o conceito implícito dizendo: “*Individuals, who experience a high level of coherence despite a difficult situation, can still experience a good quality of life.*” A tendência encontrada é a de entender o Sentido de Coerência como um factor protector da saúde física e da qualidade de vida em contexto de trabalho.

Antonovsky (1983) teve o mérito de explorar teoricamente o modelo e propor uma medida quantitativa do seu constructo, com 29 itens (posteriormente transformada numa medida reduzida de 13 itens): o *Orientation to Life Questionnaire* (OLQ). Por uma questão de simplicidade, tendo em conta o constructo medido (Seeman, 1991), é vulgarmente

conhecido por Sense of Coherence Scale (SOC) (Chamberlain e Zika, 1988a; Antonovsky e Sagy, 1986; Antonovsky, 1993),. De entre os 29 itens, 11 destinavam-se a medir a compreensibilidade (Co), 10 itens eram relativos à exequibilidade (Ma) e os restantes 8 reportavam a capacidade de prover sentido (Me). A mais utilizada e validada (Antonovsky, 1993) tem sido, no entanto, a medida de sentido de coerência global, obtida através da soma de todos os itens e cujos valores totais podem oscilar entre 29 (baixo sentido de coerência) e 203 (elevado sentido de coerência).

Cada item está formulado numa escala de Likert de 1 e 7 contendo por baixo de cada um dos extremos da escala as qualificações específicas para cada item, relativamente ao grau de concordância da pessoa com a afirmação em causa, de um modo muito semelhante ao observado no PIL.

Esta escala foi inicialmente construída e administrada a diversas amostras compreendendo sujeitos de nacionalidades israelita, americana e canadiana entre as quais as mais numerosas eram as seguintes: 338 soldados, 297 civis, 336 estudantes, 111 trabalhadores e 108 profissionais de saúde de áreas diversas. Nos estudos preliminares, os valores mais elevados foram obtidos pela populações de soldados e pela de profissionais de saúde. Os valores de consistência interna encontrados oscilaram entre .82 e .93. Da extensa revisão de literatura conduzida por Eriksson e Lindström (2005) com um foco na validade e fiabilidade do SOC, concluiu-se que os valores oscilavam entre 0.70 e 0.95. Porém, este método tem um viés intrínseco ao incluir artigos que estudam o SOC no quadro de um modelo de análise e não restringir a amostra a estudos especificamente dedicados a avaliar as suas qualidades psicométricas, é expectável que apenas os resultados que indicam aceitabilidade psicométrica surjam publicados. Isto porque as conclusões da análise de um modelo teórico são contingentes à validade das medidas usadas. Assim, sempre que os valores de consistência interna se situaram aquém do limite de aceitabilidade os próprios autores terão prescindido da pretensão de

publicar ou os revisores terão excluído o estudo devido à pouca credibilidade do instrumento com que se operacionalizou o conceito previsto no modelo.

A versão portuguesa do SOC (denominado Sentido de Coerência) foi adaptada à população portuguesa (quer na versão de 29 itens, quer na de 13 itens) por Geada (1990) tendo encontrado valores de análise psicométrica que indicam elevada qualidade. Estudos posteriores utilizando a versão portuguesa (e.g. Geada, 1996, 1997, Nunes, 1999, Gomes, 2003) corroboram a sua fiabilidade encontrando valores de consistência interna aceitáveis que oscilam entre .74 e .90.

Ao longo de diversas investigações conduzidas com este instrumento verificou-se existir uma consistente relação entre o SOC e outras medidas de sentido de vida como o PIL e o LRI (Chamberlain e Zika, 1988a), medidas de bem-estar e de satisfação com a vida (Ryland e Greenfeld, 1991; Zika e Chamberlain, 1992; Hintermair, 2004), medidas de estado de saúde geral (Dana, 1985; Strang, 2002), medidas de *coping* em contextos variados (Antonovsky e Sagy, 1986; Strang e Strang, 2001; Rothman, Scholtz, Rothman e Fourie, 2002; Hintermair, 2004) e de religiosidade (Tomer e Eliason, 2000).

Apesar de se ter revelado um instrumento interessante, algumas questões têm sido colocadas. Uma das mais persistentes questiona se o SOC corresponde a uma medida o sentido interno de coerência ou se será essencialmente uma medida relativa aos níveis de neuroticismo e de labilidade emocional do indivíduo. Segundo Kortotkov (1998) existem dois aspectos que poderão levantar esta dúvida em torno do SOC: 1) as instruções do instrumento (ex: *“circle the number wich best expresses your feeling”*) parecem indicar que os sujeitos devam responder a cada um dos itens baseados nos seus sentimentos, o mesmo acontecendo com a formulação dos itens que contêm diversas vezes “ (...) *how do you feel* (...)?” ou “ (...) *do you have feelings* (...)?” e 2) algumas investigações demonstram que existe uma estreita relação entre medidas de ansiedade, depressão, hostilidade, entre outras, e os valores do SOC e que quando é controlada a variável neuroticismo deixam de ser significativas.

Outros aspectos referem-se ao facto, anteriormente mencionado, de o SOC só ter apresentado validade, e mesmo assim questionável, enquanto medida unidimensional, sendo as escalas Co, Ma e Me, pouco ou nada significativas para a compreensão do constructo medido pelo instrumento (Chamberlain e Zika, 1988a; Zika e Chamberlain, 1992; Antonovsky, 1993). No entanto Eriksson e Lindström (2005) encontraram indicação no sentido oposto: que o SOC parecia ser multidimensional e não unidimensional.

Outras investigações encontraram correlações significativas entre a desejabilidade social e os valores mais elevados obtidos no SOC (Frenz, Carey, Jorgensen, 1993).

Com algumas dúvidas acerca da abrangência do SOC enquanto medida de sentido de vida, Korotkov (1998, p.66) sugere linhas futuras que permitam clarificar as dúvidas expostas: *“First, the nature of the SOC measure needs to be clarified. As was discussed, when neuroticism is controlled for, some, but not all, relations tend to vanish. One possible remedy would be to develop a second-generation SOC measure taking this issue into account”*. Embora Eriksson e Lindström (2005) concluam pela validade, fiabilidade e utilidade transcultural do SOC, à data não parece existir uma revisão do SOC que dê resposta às dúvidas levantadas por Korotkov (1998).

#### **4.2.4 O Life Attitude Profile – Revised ou Perfil de Atitudes perante a Vida – Revisto (LAP-R)**

Segundo Reker (1992, 2000) este instrumento pretende ser uma operacionalização dos constructos logoterapêuticos propostos por Frankl.

O LAP-R partiu da medida original desenvolvida por Reker e Peacock (1981) denominada *“Life Attitude Profile”* (LAP) ou Perfil de Atitudes perante a Vida, com 56 itens construídos tendo por base a análise de outros instrumentos afins como o PIL ou o SONG.



O "Life Attitude Profile-Revised" (LAP-R) tem 48 itens e segundo Reker (1992, p.13): "...it is the product of a number of refinements based on a combination of theoretical, rational and factor analytic procedures."

No LAP-R, cada item é avaliado numa escala de Likert de sete pontos que toma por pólos os qualificadores "concordo muitíssimo" e "discordo muitíssimo". O conjunto dos 48 itens permite obter seis dimensões: Propósito (*Purpose*), Coerência (*Coherence*), Escolha/Responsabilidade (*Choice/Responsibleness*), Aceitação da Morte (*Death Acceptance*), Vácuo Existencial (*Existential Vacuum*) e Procura de Metas (*Goal Seeking*). O autor propõe igualmente a obtenção de duas escalas resultantes da soma de dimensões específicas: 1) o Índice de Sentido Pessoal (*Personal Meaning Index, PMI*) obtido através da soma das dimensões Propósito e Coerência e 2) a Escala de Transcendência Existencial (*Existential Transcendence*), uma medida compósita que resulta da soma dos valores obtidos nas dimensões Propósito, Coerência, Escolha/Responsabilidade e Aceitação da Morte e da posterior subtração, ao valor obtido, dos valores resultantes da soma das dimensões de Vácuo Existencial e de Procura de Metas (Reker, 1992, 2000, 2005).

O PMI revelou-se uma escala de elevado interesse e com valores que se mantinham estáveis em diversos contextos de investigação e com boas características psicométricas (Reker e Fry, 2003) o que levou a que, em estudos posteriores, o autor isolasse esta medida composta por 16 dos 48 itens da LAP-R, para a testar como possível medida da crença existencial de que a vida tem sentido (Reker, 2005).

Anteriormente a medida fornecida pelo PMI, tinha já sido extensivamente estudada, mas sempre requerendo a aplicação do instrumento (LAP-R) total (Reker, 1992). O PMI apresentava, desde o início, fortes correlações com os resultados obtidos através de outras medidas de sentido de vida já consagradas como o PIL, o LRI ou o SOC e também apresentava correlações estatisticamente significativas com variáveis como o bem estar físico e psicológico, a saúde global, o *locus* de controlo interno, a satisfação

com a vida, ou a ausência de sentimentos depressivos. Revelou também estabilidade temporal (.90) em teste-reteste até 6 semanas de intervalo (Reker, 1992).

Uma análise mais profunda efectuada através da utilização isolada do PMI mostrou que alguns dos seus itens (2, 18, 27 e 35) apresentavam maior variabilidade em função da idade e sexo dos respondentes. Estes itens foram então removidos dando origem a uma versão modificada do PMI, denominada por Reker (2005) como PMI-12 que parece atenuar alguns dos aspectos menos estáveis desta escala. O autor sugere que esta versão seja mais profundamente estudada em futuras investigações onde se possam comparar diferentes grupos etários.

Para Reker (2000, p.49): *“The Personal Meaning Index of the LAP-R appears to be a very reliable and valid measure of general meaning in life. In addition, the LAP-R offers the advantage of a multidimensional measure through which other facets of Frankl’s logotherapy can be assessed in a single scale.”*

#### **4.2.5 O Personal Meaning Profile ou Perfil Pessoal de Sentido (PMP)**

Em busca do tipo de configurações básicas de sentido, desenvolvidas pelas pessoas em geral, Wong (1998) iniciou a uma série de quatro estudos que culminou na criação do *Personal Meaning Profile* (PMP) ou Perfil Pessoal de Sentido.

No primeiro destes estudos foi pedido a 60 pessoas, de diversas proveniências e graus educacionais, que descrevessem *“the attributes or characteristics of mas ideally meaningfull life”* (Wong, 1998 p.112). Ao pedir ideais de vida com sentido pretendia-se que as pessoas fossem capazes de se libertar de aspectos relacionados com o quotidiano ou com a sua sobrevivência e se centrassem em aspectos mais elevados relativos ao sentido de vida .

A análise dos atributos referidos pelos inquiridos mostraram que, ainda que estes usassem diferentes termos para caracterizar o sentido ideal de vida, os temas eram recorrentes e as ideias apresentavam algumas sobreposições.

As respostas obtidas suportam alguma investigação anterior que aponta para três componentes (cognitiva, afectiva e motivacional) orientadoras do sentido de vida (Wong, 1989). Porém, encontrou algo novo: *“the results provide a preliminary answer to the crucial question regarding the prototypical structure of personal meaning. This structure involves more than thoughts, feelings, and motivated attitudes. It also entails relationship and certain personal qualities.”* (Wong, 1998, p.114). Assim, no estudo de 1998, Wong acrescenta as componentes relacional e pessoal. As respostas dos sujeitos foram transformadas em 102 itens da seguinte forma: 19 itens cognitivos, 17 itens afectivos, 25 itens motivacionais, 17 itens relacionais e 24 itens pessoais.

Num segundo estudo pretendeu-se ver, a partir dos 102 itens gerados no estudo anterior, em que medida estes seriam mais ou menos escolhidos como geradores de sentido. Para este fim, pediu-se a 62 estudantes universitários, com idades compreendidas entre os 18 e os 25 anos: 1) que classificassem cada um dos itens, numa escala de Likert de nove pontos, de acordo com o seu grau de concordância quanto à centralidade na construção de uma vida com um ideal de sentido, 2) que procedessem do mesmo modo mas visando a construção de um sentido nas suas vidas pessoais (e não no abstracto) e 3) que preenchessem um pequeno questionário (*Perceived Personal Meaning-PPM*) de oito itens acerca da percepção de sentido nas suas vidas (no presente e no passado).

Com base nas respostas foram identificados vários itens que obtiveram classificação média inferior a seis o que indica baixa concordância quanto à sua centralidade na construção de um sentido ideal ou pessoal de vida.

Numa terceira fase e tendo em atenção a necessidade de incluir várias faixas etárias nos estudos, foi pedido a uma amostra de 289 pessoas distribuídas por três grupos etários (jovens adultos (18-29 anos), adultos (30-59) e adultos de idade avançada (mais de 60))

que classificasse, à semelhança do estudo anterior, cada um dos 102 itens originais, numa escala de Likert de nove pontos, e quanto ao grau de acordo relativo à sua centralidade na construção de uma vida com um ideal de sentido. Pretendia determinar as constantes na construção de uma vida com sentido.

Os resultados sustentaram a exclusão de 43 itens tendo sido preservados 59 que factorializaram numa solução de nove factores, que explica 63% da variância. Os nove factores foram denominados de:

- 1) Esforço para a Concretização de Objectivos (*Achievement Striving*),
- 2) Religião (*Religion*),
- 3) Relacionamento (*Relationship*),
- 4) Realização (*Fulfillement*),
- 5) Justiça-Respeito (*Fairness-Respect*),
- 6) Autoconfiança (*Self-Confidence*),
- 7) Auto-Integração (*Self-Integration*),
- 8) Transcendência (*Self-Transcendence*) e
- 9) Auto-Aceitação (*Self-Acceptance*).

Segundo Wong (1998:118), esta configuração de factores mostra-nos o que parece ser necessário para a construção de um sentido de vida visto como ideal: *"It requires that individuals have positive and mature attitudes toward life and self and that they lead a purposefull and productive life"*.

Estes três estudos iniciais serviram para identificar uma estrutura comum à construção de um sentido ideal de vida. No quarto estudo o autor visou a validade deste novo instrumento. Para tal aplicou a uma amostra total de 335 sujeitos diferentes testes destinados a validar o PMP, entre os quais: a Perceived Well Being scale (PWB) ou

Escala de Bem-Estar Percebido de Reker e Wong (1984), que permite obter valores relativos quer ao bem-estar físico quer ao psicológico, o Inventário de Depressão de Beck (BDI) e o LAP de Reker e Peacock (1981).

Este quarto estudo revelou uma estrutura factorial distinta da obtida no terceiro estudo, produzindo não nove, mas oito factores com 67% da variância explicada. Desta forma o autor optou por reformular a estrutura factorial anteriormente proposta e até renomear alguns factores de modo mais adequado.

Os 8 factores propostos são:

- 1) Esforço para a Concretização de Objectivos (*Achievement Striving*),
- 2) Religião (*Religion*),
- 3) Realização (*Fulfillement*),
- 4) Relacionamento (*Relationship*),
- 5) Transcendência (Self-Transcendence),
- 6) Intimidade (*Intimacy*),
- 7) Auto-Aceitação (Self-Acceptance) e
- 8) Tratamento Justo (*Fair Treatment*).

Os resultados obtidos mostraram uma forte associação positiva entre a escala de Wong (1998) e o bem-estar percebido ao nível psicológico, o mesmo não se tendo verificado para os níveis de bem-estar físico. O PMP correlacionou-se positivamente com as dimensões positivas do sentido de vida medidas pelo LAP e negativamente com a medida de depressão fornecida pelo BDI, o que se revela favorável do ponto de vista da validade discriminante.

Na sequência deste quarto estudo foram ainda propostas por Wong (1998) novas reformulações, acrescentando alguns itens, reformulando outros e retirando os que menos se adequavam e com uma estrutura de oito factores:

- 1) Concretização de Objectivos (*Achievement*) com 16 itens,
- 2) Relacionamento (*Relationship*) com 9 itens,
- 3) Religião (*Religion*) com 9 itens,
- 4) Transcendência (Self-Transcendence) com 8 itens,
- 5) Auto-Aceitação (Self-Acceptance) com 6 itens,
- 7) Intimidade (*Intimacy*) com 5 itens e
- 8) Tratamento Justo (*Fair Treatment*) com 4 itens.

Na sua versão final o PMP conta então com 57 itens e oito factores com boa estabilidade temporal num período de 3 semanas (. 85).

Estudos posteriores (Weiler, 2001) corroboraram esta estrutura factorial proposta, bem como o formato de 57 itens. Weiler (2001) aplicou a versão final do PMP a 136 pessoas com pelo menos 60 anos, conjuntamente com a DAP-R (Wong, Reker e Guessier, 1994), a Satisfaction With Life Scale (SWLS) ou Escala de Satisfação com a Vida (Diener, Larsen e Griffin, 1985 cit p. Weiler, 2001) e a General Health Perception Scale (GHPS) ou Escala Geral de Percepção da Saúde (Ware e Shebourne, 1992 cit p. Weiler, 2001). Para além da validação factorial, a autora encontrou fortes correlações positivas entre várias escalas do PMP e os valores de satisfação com a vida e bem-estar geral, indicadoras de que quanto mais elevados são os valores do sentido pessoal de vida, maior satisfação e bem estar as pessoas mais velhas experimentam. Também verificou que a atitude perante a morte mais associada a valores elevados de sentido pessoal de vida e de bem-estar é a da aceitação religiosa.

Finda a breve revisão de alguns dos instrumentos destinados à medida do sentido de vida, resta-nos justificar a escolha do PIL como medida central no presente estudo. Esta deveu-se sobretudo à extensa validação e uso continuado do instrumento, ao longo de mais de quatro décadas, e à percepção de que as restantes medidas geradas ainda não conseguem suplantar integral e consistentemente, as falhas que apontam ao PIL. A

escolha deve-se também ao facto do PIL ter servido de inspiração inicial a praticamente todos os instrumentos revistos, conjuntamente com a perspectiva teórica de Frankl, que o PIL procura operacionalizar.

## **V- DERIVAÇÃO DE HIPÓTESES E MODELO DE ANÁLISE**

Na sequência da revisão bibliográfica efectuada no âmbito da evolução e consolidação dos conceitos de “atitudes perante a morte” e “sentido de vida”, aplicados à vivência dos profissionais de saúde, delineámos objectivos mais concretos conducentes a um estudo empírico que conjugue os aspectos abordados.

Pretendia-se essencialmente compreender os aspectos que mais podem contribuir para a produção de diferentes atitudes perante a morte em profissionais de saúde expostos a diferentes graus de mortalidade no quotidiano profissional. Este interesse prendeu-se com a percepção que nos parecia termos pessoalmente e através dos estudos com que contactámos, de que a forma como os profissionais de saúde lidam com a morte pode afectar visivelmente a qualidade da relação que estabelecem com os pacientes e seus familiares bem como afectar a sua saúde global enquanto pessoas (Eakes, 1985; Schaufelli et al, 1995; Rooda et al, 1999; e Redinbaugh et al, 2001).

Vários estudos com que nos deparámos (Feifel, 1969; Fang e Howell, 1966 e Chen et al, 2006) indicaram que os profissionais de saúde, ocupacionalmente mais expostos à morte, apresentavam atitudes mais negativas perante a morte. Porém, esse aspecto, tendia a atenuar-se com a experiência (Lester, 1972; Lester et al, 1974).

Interessava-nos particularmente o sofrimento psicológico do profissional de saúde e em que medida as diferentes atitudes face à morte apresentadas poderiam ou não estar associadas ao impacto que esta exposição surtia.

A variável “sentido / propósito de vida” veio acrescentar uma inovação nesta área de estudos uma vez que não conseguimos encontrar estudos que a tenham incluído no quadro da formação de atitudes perante a morte em profissionais de saúde.

Embora alguns autores (Baumeister, 1991; Yalom, 1980, 2000 e Park, 1999) perspectivem o sentido de vida como algo que vai sendo construído cognitivamente na sequência do confronto com situações indutoras de ansiedade, foi a perspectiva de



Frankl (1985) a que mais interesse nos suscitou. Para Frankl, o sentido de vida é intrínseco à consciência humana, constitui um referencial interno que permite encontrar formas de melhor lidar com as dificuldades (mesmo as experiências extremas) transformando-as positivamente. O interesse que nos suscitou decorreu da seguinte questão: E se fosse a nossa capacidade intrínseca para encontrar um sentido de vida, mesmo em condições adversas, a determinar o modo com percebemos a morte quando confrontados com a mesma, e não o seu oposto? Ou seja, a proposta teórica de Frankl é contraintuitiva e inverte o nexo causal mais imediatamente inferível na revisão de literatura.

Para este autor, é a incapacidade para encontrar este referencial a causa nuclear do sentimento de vazio existencial que está na origem das principais queixas angustiosas referidas com cada vez maior persistência pela humanidade em geral.

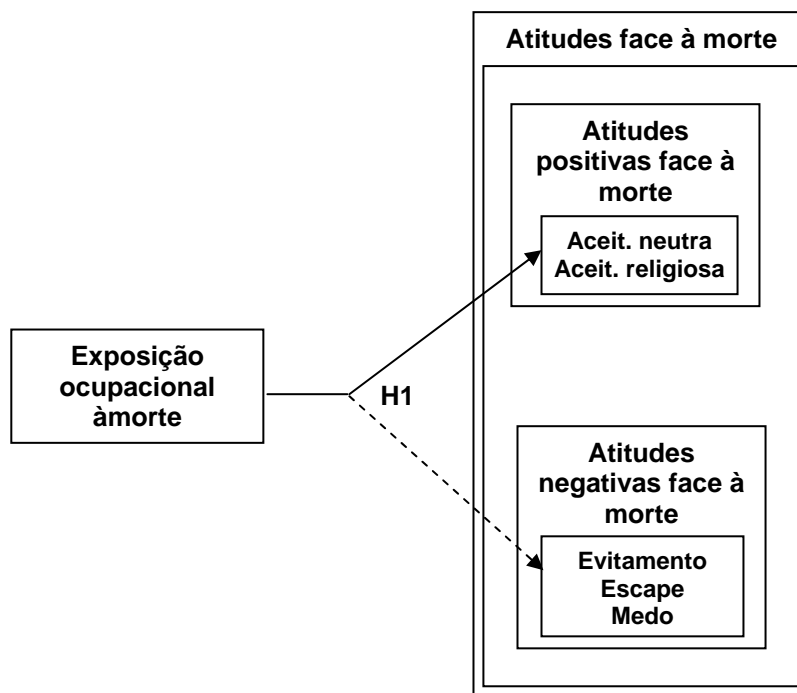
Decorrendo destas reflexões, foi desenvolvido um conjunto de hipóteses integradas num modelo de análise. Tomaremos este modelo como elemento central para a análise e integração dos resultados. As hipóteses colocadas serão neste capítulo sucintamente apresentadas para serem mais detalhadamente exploradas no capítulo relativo aos resultados. Derivámos ainda duas hipóteses complementares que, embora não se enquadrem neste modelo, reflectem um interesse de várias linhas de investigação actuais, nas possíveis diferenças entre médicos e enfermeiros em contextos profissionais semelhantes.

## HIPÓTESE 1: EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À MORTE E ATITUDES FACE À MORTE

**H1: A exposição ocupacional à morte, aumenta as atitudes negativas face à morte e diminui as atitudes positivas face à morte.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 1 – Representação esquemática da hipótese 1**



H1a: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, menor a aceitação neutra da morte.

H1b: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, menor a aceitação religiosa da morte

H1c: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, maior o evitamento da morte

H1d: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, maior a aceitação de escape da morte.

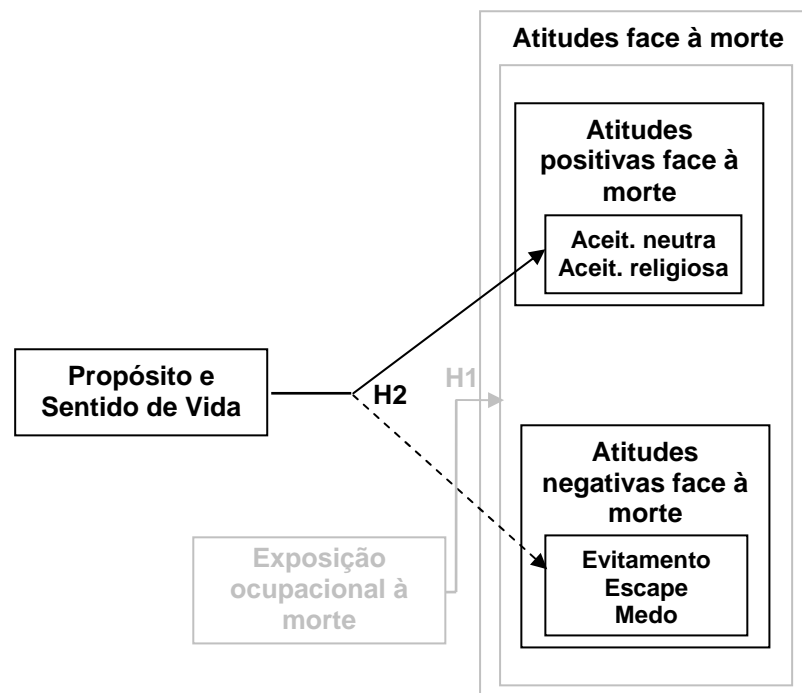
H1e: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, maior o medo da morte

## HIPÓTESE 2: PROPÓSITO DE VIDA E ATITUDES FACE À MORTE

**H2: Quanto mais elevado o Propósito / Sentido de Vida, mais elevadas as atitudes positivas face à morte e mais baixas as atitudes negativas face à morte.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 2 – Representação esquemática da hipótese 2**



H2a: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida, maior a aceitação neutra da morte.

H2b: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida maior a aceitação religiosa da morte.

H2c: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida menor o evitamento da morte.

H2d: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida menor o medo da morte.

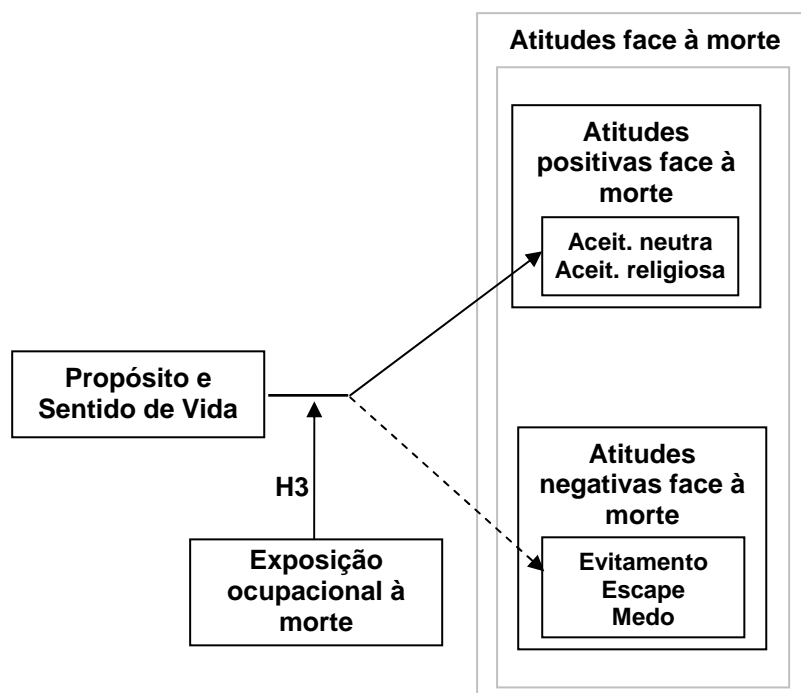
H2e: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida menor a aceitação de escape da morte.

### HIPÓTESE 3: PAPEL MODERADOR DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À MORTE

H3: O grau de exposição ocupacional à morte modera a relação entre o propósito / sentido de vida e as atitudes face à morte.

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

*Figura 3 – Representação esquemática da hipótese 3*



H3a: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação neutra** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3b: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação religiosa** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3c: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e o **evitamento da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3d: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e o **medo da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

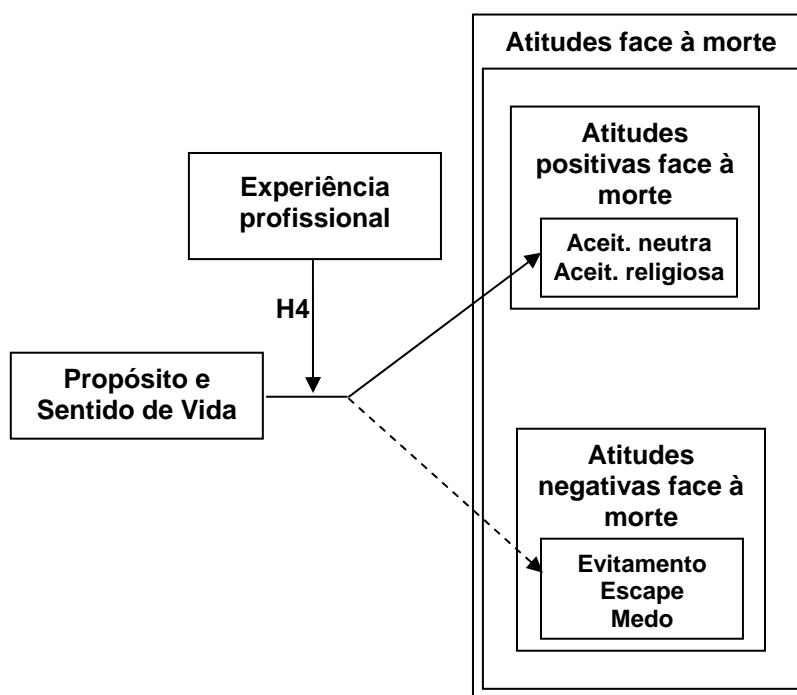
H3e: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação de escape** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

#### HIPÓTESE 4: PAPEL MODERADOR DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

**H4: A experiência profissional modera a relação entre o propósito/sentido de vida e as atitudes face à morte.**

Especificamente, e apenas para o segmento da amostra constituído por profissionais experientes, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 4 – Representação esquemática da hipótese 4**



H4a: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação neutra** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4b: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação religiosa** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4c: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e o **evitamento da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4d: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e o **medo da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

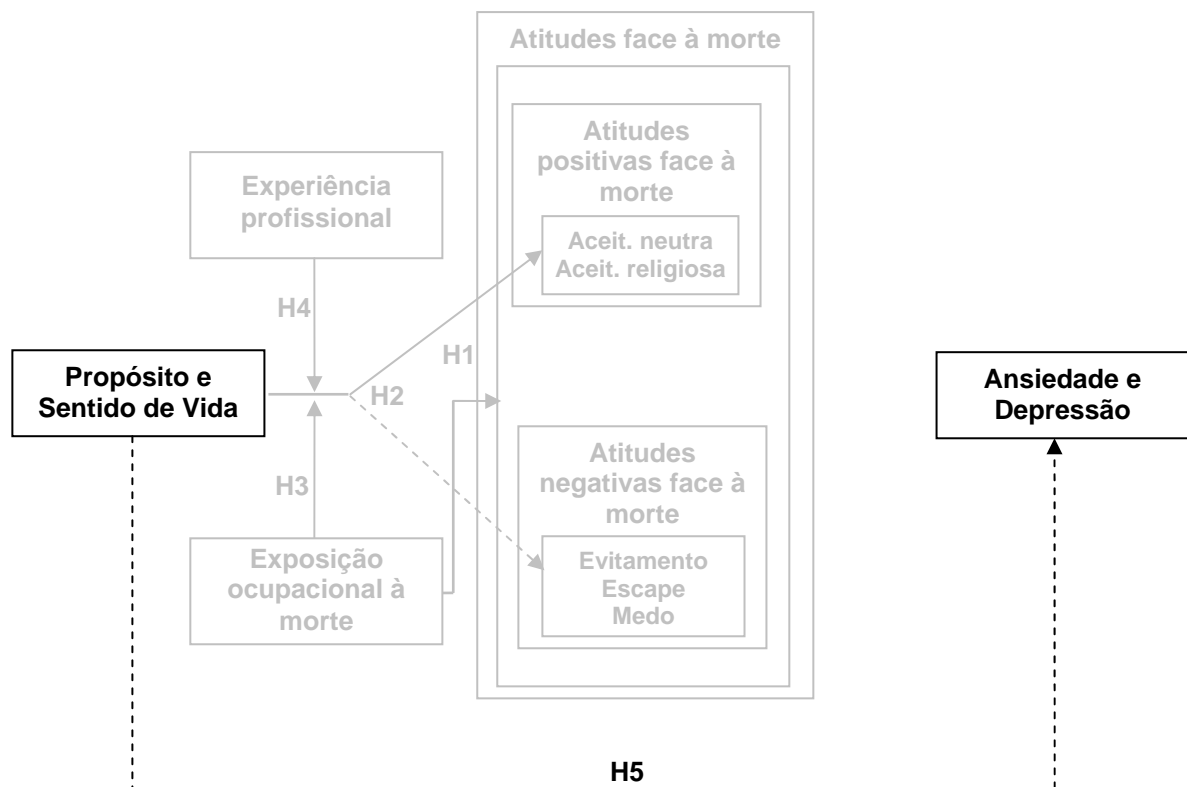
H4e: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação de escape** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

## HIPÓTESE 5: PROPÓSITO DE VIDA E ANSIEDADE/DEPRESSÃO

**H5: Quanto mais elevado o Propósito / Sentido de Vida, mais reduzidos os níveis de ansiedade e depressão.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 5 – Representação esquemática da hipótese 5**



H5a: Quanto mais elevado o propósito / sentido de vida, menor o nível de ansiedade.

H5b: Quanto mais elevado o propósito / sentido de vida, menor o nível de depressão.

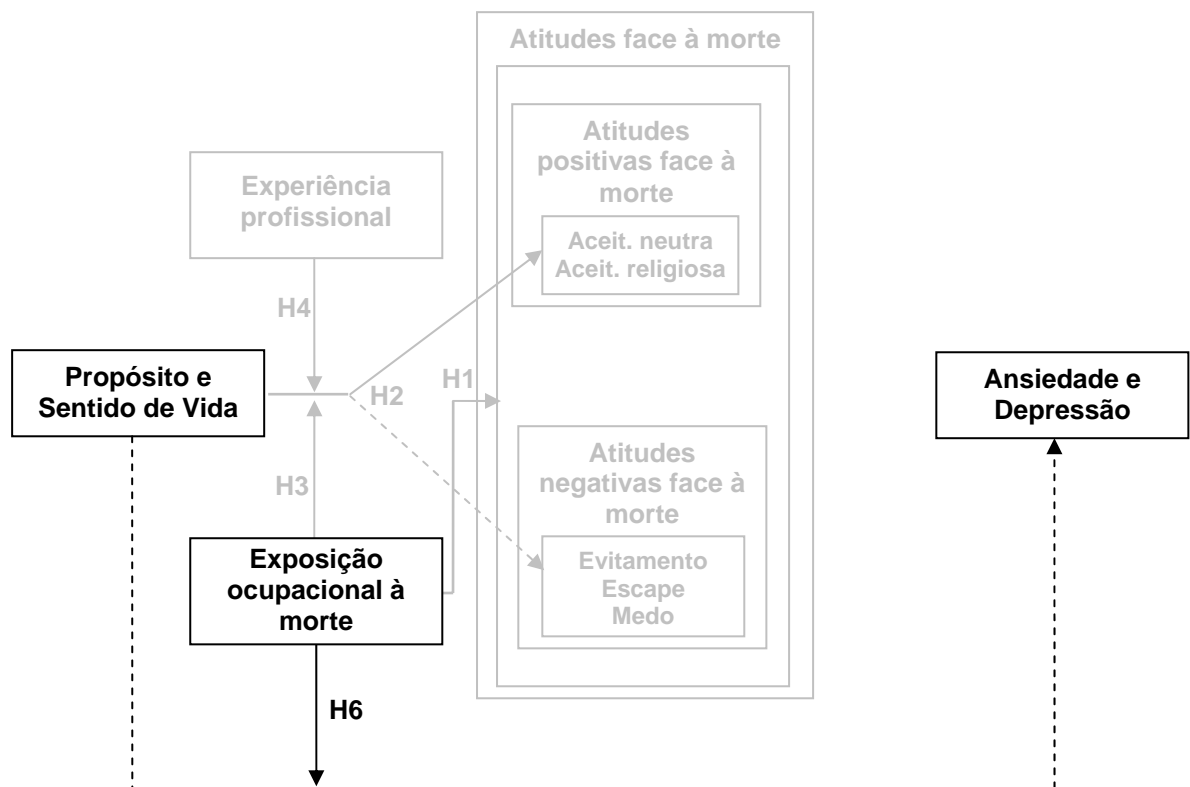


## HIPÓTESE 6: PAPEL MODERADOR 2 DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À MORTE

**H6: A exposição ocupacional à morte modera a relação entre o propósito/sentido de vida e a ansiedade e depressão.**

Especificamente, e apenas para o segmento da amostra constituído por profissionais experientes, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 6 – Representação esquemática da hipótese 6**



H6a: Maior exposição ocupacional à morte intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **ansiedade**.

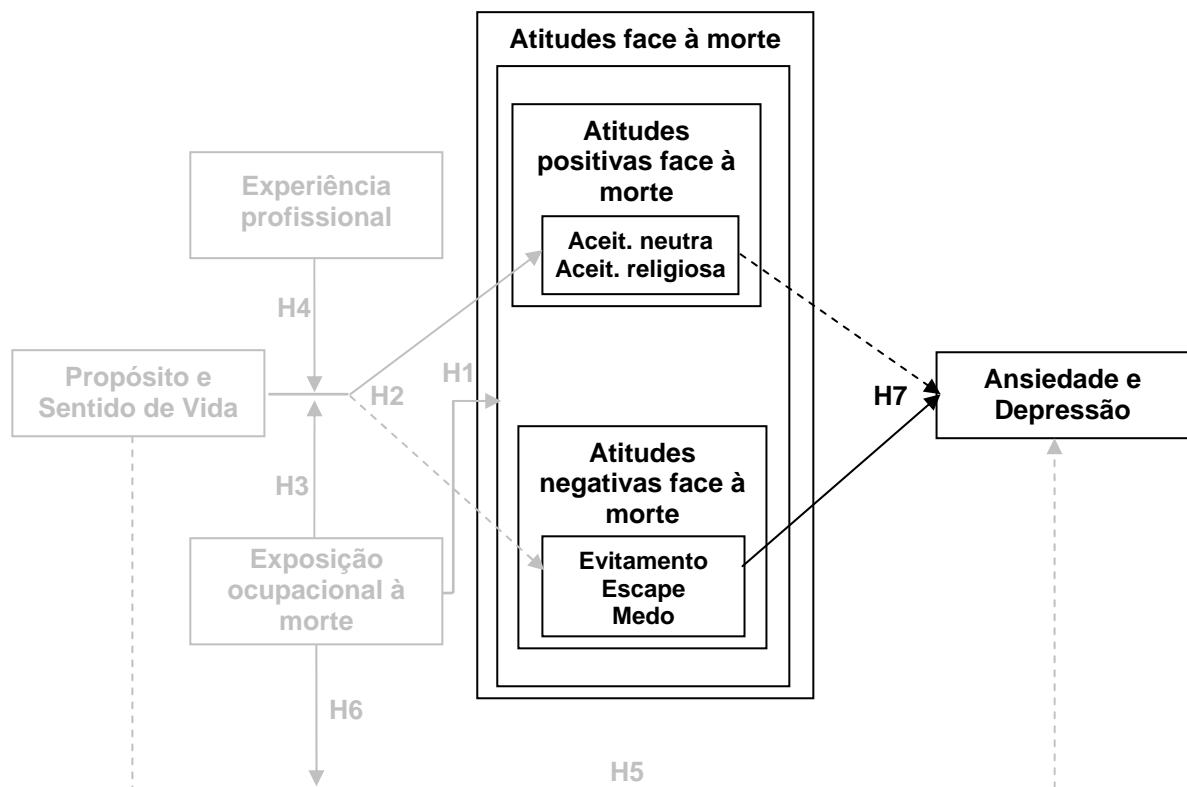
H6b: Maior exposição ocupacional à morte intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **depressão**.

## HIPÓTESE 7: ATITUDES FACE À MORTE E ANSIEDADE/DEPRESSÃO

H7: Quanto mais elevadas as atitudes positivas face à morte mais reduzidos serão os níveis de ansiedade e depressão enquanto que quanto mais elevadas as atitudes negativas face à morte, maiores os níveis de ansiedade e depressão reportados.

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

*Figura 7 – Representação esquemática da hipótese 7*



H7a: Quanto mais elevada a **aceitação neutra** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7b: Quanto mais elevada a **aceitação neutra** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7c: Quanto mais elevada a **aceitação religiosa** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7d: Quanto mais elevada a **aceitação religiosa** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7e: Quanto mais elevado o **evitamento** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7f: Quanto mais elevado o **evitamento** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7g: Quanto mais elevada a **aceitação de escape** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7h: Quanto mais elevada a **aceitação de escape** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7i: Quanto mais elevado o **medo** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

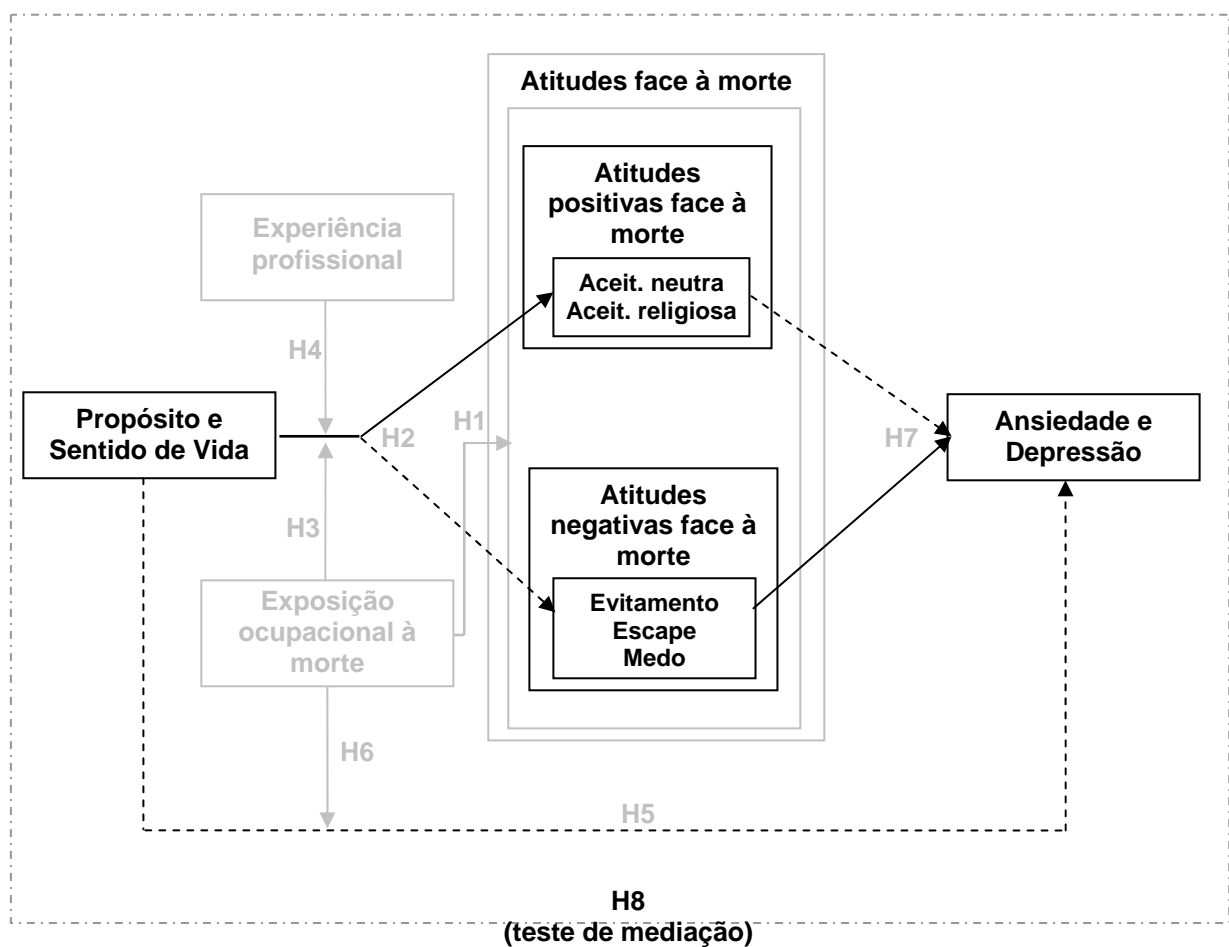
H7j: Quanto mais elevado o **medo** da morte, menor o nível de **depressão**.

## HIPÓTESE 8: PAPEL MEDIADOR DAS ATITUDES FACE À MORTE

**H8:** As atitudes face à morte operam como variável mediadora na relação entre o propósito e sentido de vida e os níveis de ansiedade e depressão.

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 8 – Representação esquemática da hipótese 8**



Por motivos de parcimônia, optámos por não explicitar as subhipóteses implicadas que correspondem às combinações formadas entre “propósito e sentido de vida” x “tipo de atitude face à morte” x “ansiedade-depressão” acrescidas da possibilidade de se tratar de uma mediação total versus parcial.

## **Hipóteses complementares**

Conforme já referido, para além das hipóteses centrais na literatura e que pudemos integrar num modelo de análise, interessa-nos explorar algumas hipóteses complementares relativas a possíveis diferenças entre médicos e enfermeiros quanto a algumas variáveis em estudo. Estas hipóteses têm carácter de complementariedade neste estudo porque serve mais um propósito de compreender a proximidade das dinâmicas dos grupos ocupacionais que constituem a amostra, face a resultados conhecidos na literatura, do que propriamente contribuir para a construção teórica.

As hipóteses em causa são as seguintes:

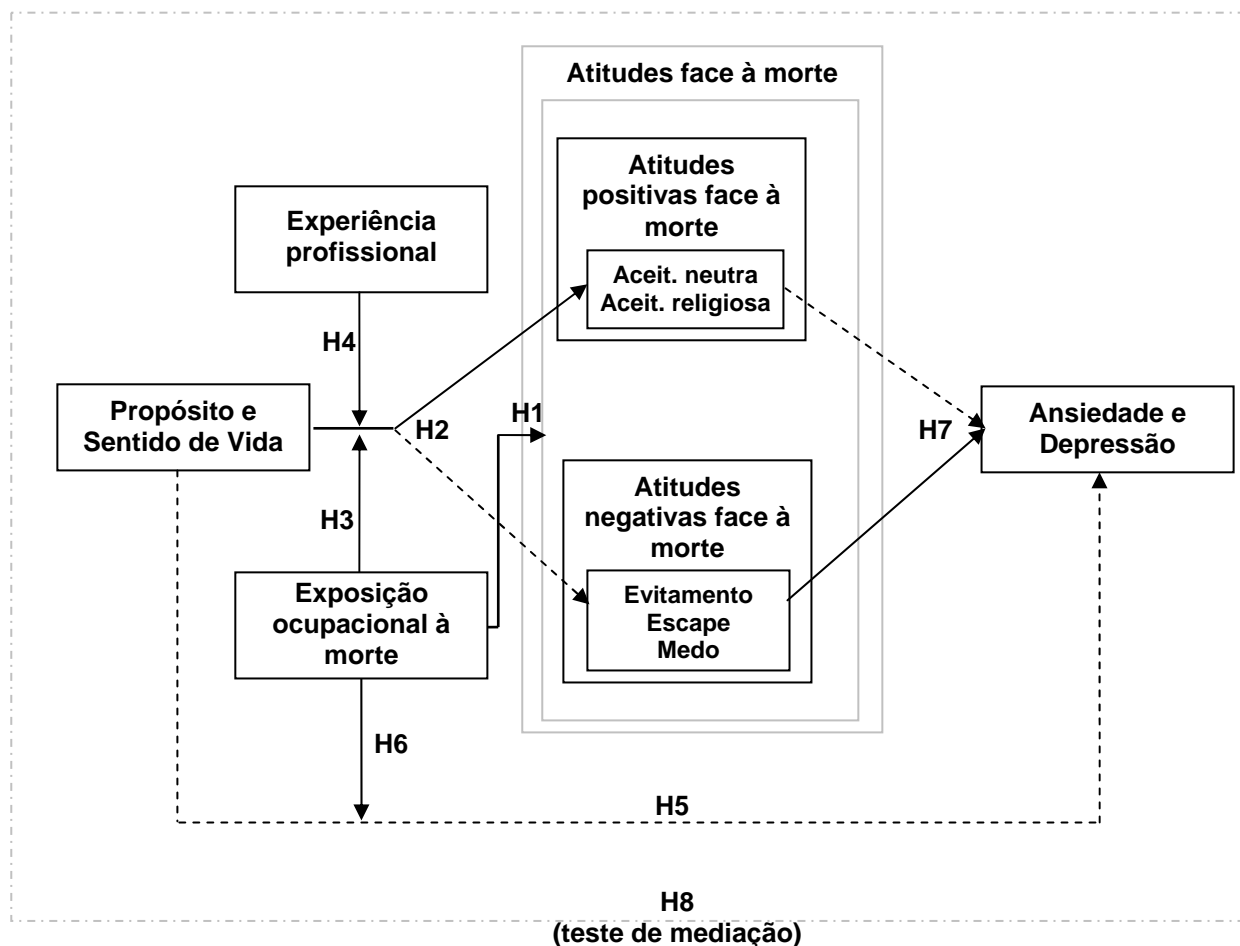
**HC1: Médicos e enfermeiros experientes diferem significativamente entre si, ao nível do propósito e sentido de vida, das atitudes perante a morte, e dos valores de ansiedade e depressão.**

**HC2: Médicos e enfermeiros experientes diferem significativamente entre si, ao nível das atitudes perante a morte, quando em contexto de maior grau de exposição ocupacional à morte.**

## MODELO DE ANÁLISE

O modelo de análise que integra estas hipóteses assume a seguinte configuração:

**Figura 9 – Representação esquemática do modelo de análise**



## **VI- METODOLOGIA**

Com o propósito de testar empiricamente as hipóteses formuladas procedemos a um conjunto de levantamento de dados e análises que passaremos a descrever. Neste capítulo serão esclarecidos os critérios de constituição da amostra, os instrumentos utilizados, e a estratégia analítica adoptada.

### **6.1 Amostra e procedimento amostral**

Foi seleccionada uma amostra de conveniência composta por diversos grupos profissionais a exercer actividade na área da saúde. Nomeadamente, analistas clínicos, fisioterapeutas, cardiopneumologistas, enfermeiros e médicos. A totalidade dos participantes foi classificada em dois grupos: profissionais recém-licenciados e profissionais experientes.

Os profissionais recém-licenciados completaram a sua formação na Escola Superior de Saúde Egas Moniz, tendo sido contactados no final da sua licenciatura com o propósito de responder aos questionários deste estudo e fazê-los chegar posteriormente preenchidos, no mês seguinte à data de conclusão, da última disciplina necessária à conclusão com sucesso do seu curso. Todos os respondentes deveriam ter completado com sucesso todos os estágios de prática clínica incluídos nos seus planos curriculares. A escolha dos cursos de Análises Clínicas, Cardiopneumologia, Fisioterapia e Enfermagem, deveu-se à tentativa de incluir na nossa amostra níveis diferenciais de contacto e envolvimento profissional, com pessoas sofrendo de condições de saúde suficientemente graves para poder pôr em causa a sua vida, e com pessoas em fase final de vida. No final dos seus cursos todos estes profissionais passaram obrigatoriamente por estágios de contacto directo com as diversas valências implicadas no seu desenvolvimento profissional futuro. Nas Análises Clínicas esse contacto e envolvimento

são ou muito reduzidos (ex.: apenas no momento da colheita) ou inexistentes. Na Cardiopneumologia, existe contacto com pacientes que podem estar em situações de saúde graves ou mesmo em final de vida e envolvimento com os mesmos em situações de exames ou intervenções específicas, embora não pressuponha uma relação continuada com os mesmos. Na Fisioterapia, a relação com pacientes apresentando doenças graves e limitativas é continuada no tempo e pressupõe envolvimento emocional. Lidam igualmente com situações de pacientes em final de vida que se encontram em serviços de cuidados intensivos e a abordagem terapêutica utilizada pressupõe contacto físico prolongado. Na enfermagem, os cuidados prestados pressupõem contacto físico e aplicação de procedimentos mais ou menos invasivos, a pacientes em diversas condições físicas, com maior ou menor gravidade, de uma forma prolongada no tempo. Ao longo dos seus estágios, os profissionais de enfermagem contactam com a maior parte destas situações e são adicionalmente formados para lidar com a ocorrência de uma morte e subsequentes procedimentos em torno da preparação do corpo. Desta forma pareceu-nos estarem abrangidos diferentes aspectos e graus relativos ao contacto com pacientes e com situações de perda e morte.

Os profissionais de saúde experientes que participaram neste estudo fizeram-no de duas formas distintas:

- 1) Enquadrados em programas de formação formais e informais: a) foi pedida a sua colaboração antes de iniciarem o seu programa de formação formal no âmbito do Mestrado em Cuidados Paliativos da FMUL, da Pós Graduação em Luto organizada pela Direcção Geral de Saúde, da Pós Graduação em Cuidados Paliativos e da Pós Graduação em Enfermagem Oncológica, ambas leccionadas na Escola Superior de Enfermagem de Viana do Castelo e b) imediatamente antes de participarem num programa breve de formação, na área do contacto profissional com a morte, com a duração aproximada de três horas, abrangendo o tema do contacto com a morte construído especificamente no âmbito deste



trabalho e oferecido aos serviços e seus profissionais no âmbito da sua participação neste estudo. Este caso ocorreu no Serviço de Especialidades Médicas do Hospital do Patrocínio em Évora.

- 2) Sempre que um programa de formação não fosse exequível, para o serviço em causa, foi pedida a possibilidade de aplicar os questionários em reuniões de equipa multidisciplinar, após um breve enquadramento do estudo. Tal foi o caso do Hospital de Dia de Oncologia do Hospital de Santa Maria em Lisboa.

As áreas abrangendo os profissionais de saúde experientes procuraram igualmente reflectir um diferencial de exposição a situações de saúde graves e à morte sendo condição necessária a existência de relação mais ou menos prolongada com o paciente em vida.

Embora durante o período de aplicação dos questionários, os mesmos tenham sido aplicados a todos os profissionais de saúde presentes (ex.: médicos, enfermeiros, auxiliares de acção médica, psicólogos, sociólogos, terapeutas ocupacionais , entre outros) apenas foram tratados estatisticamente os respondidos por médicos e enfermeiros das quatro áreas consideradas.

Alguns aspectos impuseram limitações várias na constituição da amostra que importa considerar. Durante o capítulo relativo aos profissionais de saúde em contacto com a morte, abordámos de forma prolongada os aspectos benéficos da formação na área da educação para a morte. Tal não se traduziu em nenhum estudo empírico visível ao longo deste trabalho apenas por circunstâncias específicas que se traduziram em reduções demasiado significativas das nossas amostras entre o período da primeira aplicação de instrumentos e a segunda aplicação dos mesmos, decorrido um mês da formação por nós ministrada. Também não foi visível neste estudo uma amostra que tínhamos inicialmente previsto, a de unidades de cuidados intensivos por quase inexistência de questionários preenchidos, uma vez que ao contrário das restantes amostras, não nos foi facultada nestes serviços específicos o acesso a reuniões com todos os elementos da

equipa, nem foi mostrado interesse no enquadramento formativo que disponibilizámos. Desta forma, os questionários entregues pelos Directores de Serviço a cada elemento sendo solicitada a posterior devolução, só se traduziu em dois questionários devolvidos entre 39 entregues.

A amostra de profissionais de saúde a trabalhar em cuidados pediátricos de diferentes naturezas, também inicialmente prevista, acabou por não ser concretizada por dificuldades na obtenção de autorizações específicas que ultrapassaram as nossas expectativas temporais, mas que se perspectivam uma meta futura provável.

#### **6.1.1 Critérios de elegibilidade**

Os critérios de elegibilidade para participar neste estudo consistiram em:

- 1) Possuir um curso superior numa das áreas técnicas ou científicas da saúde referidas e cumulativamente
- 2) Ter concluído há menos de 1 ano o curso superior com frequência obrigatória de todos os estágios curriculares (profissionais recém-licenciados) necessários ao exercício profissional.
- 3) Exercer actividade profissional há mais de um ano numa das seguintes áreas:
  - a) Medicina familiar
  - b) Medicina interna
  - c) Oncologia
  - d) Cuidados paliativos

## 6.2 Instrumentos

Foram adaptados e testados dois instrumentos para viabilizar este estudo. Adicionalmente, um terceiro instrumento foi aplicado sem necessidade de adaptação. Os questionários adaptados e testados foram o DAP-R de Wong, Recker e Gesser (1994) e o PIL de Crumbaugh e Maholik (1964), já pormenorizadamente descritos anteriormente, bem como os motivos da sua preferência neste estudo. Foram ambos traduzidos para português e a tradução retrovertida para o inglês por um docente de inglês no ensino superior, de língua materna inglesa, de forma a controlar eventuais desvios de tradução. Depois de realizado um pré-teste com um grupo de estudantes de Terapia da Fala (n=30) solicitando o seu preenchimento presencial e uma análise crítica das questões constantes dos instrumentos, no sentido de identificar eventuais dificuldades interpretativas, foram realizadas as últimas correcções e testadas as qualidades psicométricas. Os resultados, tendo sido positivos, permitiram transitar para a fase de aplicação dos instrumentos para efeitos de estudo. Os resultados da análise psicométrica serão apresentados no capítulo seguinte.

Relativamente ao DAP-R resta explicitar a forma como é cotado e quais os valores de comparação previstos pelos autores (Wong et al, 1994). O DAP-R é constituído por 32 itens que são cotados de 1 a 7 no sentido do “discordo muitíssimo”(1) para o “concordo muitíssimo”(7) e que contribuem para a obtenção de pontuações parcelares para cada um dos cinco factores que o constituem: Deste modo o factor “Medo da morte” é calculado com base na soma de sete itens (1, 2, 7, 18, 20, 21 e 32), o factor “Evitamento da morte” através da soma de cinco itens (3, 10, 12, 19 e 26), o factor “Aceitação neutra” com a soma de cinco itens (6, 14, 17, 24 e 30), o factor “Aceitação religiosa “ é calculado através da soma de dez itens (4, 8, 13, 15, 16, 22, 25, 27, 28 e 31) e por fim o factor “Aceitação de escape” é obtido pela soma de cinco itens (5, 9, 11, 23 e 29). As somas totais de cada factor são transformadas em médias dividindo o valor obtido pelo número de itens que constituem o factor. Os valores médios obtidos para uma população de 300

adultos de várias idades, de diversas proveniências socioculturais e de ambos os sexos foram de 3.03, para o “Medo da morte”, 2.91, para o “Evitamento da morte”, 5.57, para a “Aceitação neutra”, 4.95, para a “Aceitação religiosa” e 4.45, para a “Aceitação de escape”. Segundo Wong et al (1994) estes valores médios podem ser interpretados de acordo com a idade e o sexo, pelo que remetemos a consulta de outros valores médios apresentados em comparações específicas, no artigo de Wong et al (1994).

Relativamente ao PIL, é importante referir que o valor final é obtido pela soma da pontuação de cada um dos seus 20 itens. Os itens cotados directamente de 1 a 7, são 11 (1, 3, 4, 6, 8, 9, 11, 12, 13, 16, e 20). Os restantes itens são cotados inversamente de 7 a 1 e são 9 (2, 5, 7, 10, 14, 15, 17, 18 e 19). Com base no estudo de Crumbaugh (1968), Crumbaugh e Maholick (1969) estabeleceram como valores médios de propósito e sentido de vida os que se situam entre 92 e 112. Os valores inferiores a 92 podem indicar condições de vazio existencial potenciadoras da neurose noogénica definida por Frankl (1985).

Um terceiro questionário aplicado, foi o *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HADS) da autoria de Zigmond e Snaith (1983). O HADS foi construído com o propósito de aceder, de um modo simples e rápido, à presença ou ausência de níveis clinicamente significativos de ansiedade ou depressão. A HADS é uma escala de auto aplicação, constituída por 14 itens que permitem aceder simultaneamente a duas escalas distintas (ansiedade e depressão)

A cotação da escala destinada à mensuração da ansiedade é efectuada através da soma dos pontos obtidos nos sete itens ímpares e a da depressão através da soma das pontuações obtidas nos itens pares. As pontuações obtidas em cada item variam entre 0, 1, 2 e 3, sendo o 0 atribuído sempre que o sintoma está ausente e as restantes pontuações em função da gravidade dos sintomas apresentados na resposta. Originalmente, os autores do HADS consideraram que valores globais, obtidos para cada subescala, iguais ou superiores a 8, seriam indicadores de presença de sintomas significativos de ansiedade ou de depressão. Posteriormente, Carroll et al (1993) indicam

que só o ponto de corte 11 em cada subescala oferece garantias de presença de ansiedade e/ou depressão.

Esta escala existe em versão portuguesa para investigação por McIntyre et al (1999) mas, de acordo com Silva, Pais-Ribeiro e Cardoso (2004) as suas propriedades psicométricas encontram-se ainda sob estudo (tendo os autores remetido para uma equipa constituída por Ribeiro, Baltar, Ferreira, Meneses, Martins, e Silva, ND) sendo porém, adiantado que se trata de uma escala que “revela ser de fácil compreensão, resposta rápida e bem aceite pelos respondentes. Trata-se de uma escala fiel e possui uma razoável validade convergente-discriminante.” (Silva, Ribeiro e Cardoso, 2004: 600). Para este estudo, foi adoptada uma versão em língua portuguesa por nós já utilizada e que é largamente convergente com as existentes tendo permitido diferenciar populações diagnosticadas clinicamente como deprimidas de outras que não o eram (Horta et al., 1997, 1998).

A utilização de um instrumento destinado à mensuração da ansiedade e depressão no âmbito desta investigação encontra-se amplamente justificada durante toda a revisão de literatura relativa aos profissionais de saúde perante a morte. O HADS, revela ser um instrumento adequado, não só por ser considerado uma boa medida destes construtos (Walker et al, 1999; e Holthom e Barraclough, 2000) mas sobretudo por já ter sido usado com resultados positivos em língua portuguesa e no contexto de saúde em Portugal.

O último questionário, reside num conjunto de questões de natureza sociodemográfica e profissional, necessárias para diversos testes de controlo de efeitos e descrição da amostra.

Para calcular o grau de exposição ocupacional à morte, os respondentes foram adicionalmente inquiridos quanto à frequência percebida de mortalidade nas áreas em que trabalhavam e a que estavam expostos para três graus: baixa, moderada e elevada exposição à morte. Adicionalmente foram questionados profissionais de saúde

experientes solicitando uma avaliação geral da exposição à morte para as várias áreas. Os resultados convergem fortemente resultando na seguinte categorização:

**Quadro 1 – Categorização das áreas ocupacionais por grau de mortalidade**

		Baixa mortalidade	Média mortalidade	Alta mortalidade
AREA	Análises Clínicas	X		
	Cardiopneumologia		X	
	Fisioterapia		X	
	Enfermagem		X	
	Centros Saúde	X		
	Med. Interna		X	
	Oncologia			X
	Paliativos			X

### 6.3 Estratégia analítica

Para testar as hipóteses recorreremos a um conjunto de instrumentos de análise estatística adequados à natureza das variáveis sob análise (e.g. nível de medida, distribuição, homocedasticidade).

Atendendo ao modelo de análise, recorreremos a testes de independência de Qui-quadrado e testes de comparação de médias sempre que necessário (nomeadamente na caracterização demográfica comparativa entre grupos ocupacionais) sendo estes de natureza paramétrica ou não paramétrica em função do cumprimento dos requisitos.

O recurso a análise multivariada afigura-se necessário quer para o teste da maioria das hipóteses (por via da análise de regressão linear múltipla) quer para a análise factorial dos questionários aplicados. Procedemos, sempre que se encontram em análise simultânea duas variáveis preditoras, ao teste de multicolineariedade por intermédio do VIF (Factor de inflação da variância).

Atendendo a que o modelo prevê efeitos de moderação e mediação, procederemos ao teste destes tomando por referência o método advogado por Baron e Kenny (1986) atendendo aos *caveats* colocados por Frazier, Tix e Barron (2004).

Procederemos ainda ao teste de consistência interna das escalas usando o alfa de Cronbach.

Alguns cuidados de natureza metodológica têm igualmente de ser verificados. Nomeadamente, o teste de viés de fonte comum (*common source/method bias*) cuja presença em designs desta natureza com variáveis perceptivas não pode ser excluída *a priori*.

## **VII- RESULTADOS E DISCUSSÃO DE RESULTADOS**

Neste capítulo, e no sentido de possibilitar uma articulação mais clara entre a exposição estatística dos resultados e a sua interpretação, e mantendo presente o quadro de referência teórico, optámos por segmentar a apresentação dos resultados por hipótese seguida da discussão específica das suas implicações.

O presente capítulo está dividido em três secções: 1) Caracterização da amostra, 2) Análise das qualidades psicométricas dos instrumentos, e 3) Teste de hipóteses derivadas do Modelo de Análise e Teste de hipóteses complementares.



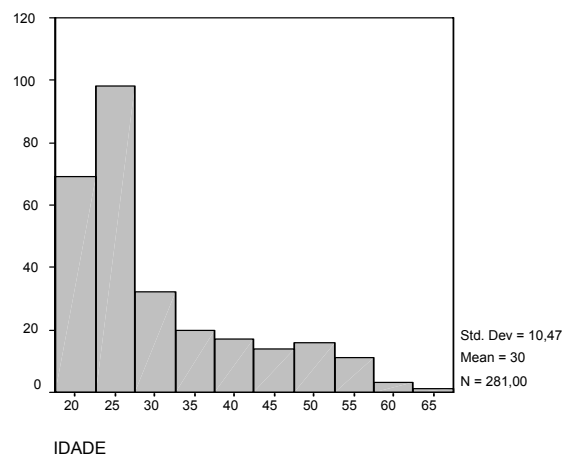
## 7.1 Caracterização da amostra

A amostra gerada por este meio consiste em 281 profissionais de saúde e tem as seguintes características sociodemográficas e profissionais (Quadro 2):

**Quadro 2 – Características gerais da amostra (profissionais e sociodemográficas)**

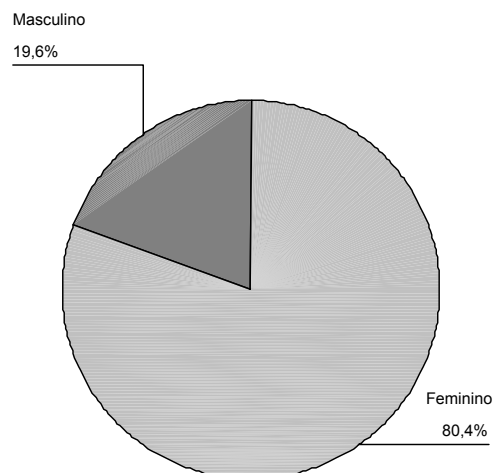
### Idade

n=281  
Média=30.2  
dp=10.5  
Min=20 anos  
Max=63 anos



### Sexo

Feminino=80.4%

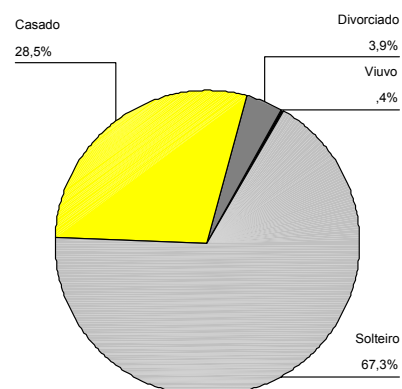


A amostra abrange um espectro etário alargado mas com forte incidência de indivíduos jovens adultos com idades próximas dos 25 anos. A esmagadora maioria dos respondentes é do sexo feminino.

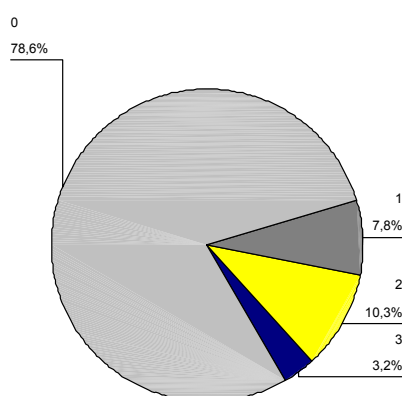
---

## Estrutura familiar

Estado Civil



Descendência



---

A maioria dos respondentes é solteira e sem descendência e a experiência profissional oscila entre 1 e 37 anos. Porém, afigura-se necessário segmentar estes dados por grupo ocupacional, o que faremos mais adiante.

---

## Experiência profissional

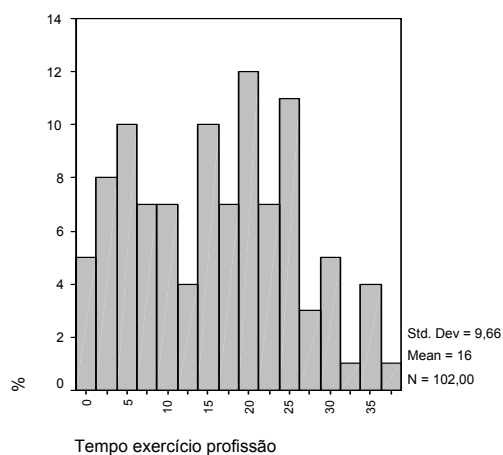
n=102

Média=16.01

dp=9.7

Mínimo =1ano

Máximo=37 anos



Atendendo à importância que a natureza da actividade profissional assume no quadro deste estudo, entendemos pertinente analisar o perfil sociodemográfico segmentado por grupo ocupacional. Assim, procedemos à replicação destas análises para cada grupo. Consequentemente, passamos a apresentar as estatísticas descritivas e inferenciais para a idade, sexo, estrutura familiar (estado civil e descendência).

Para cada grupo ocupacional o número de respondentes que devolveu os inquéritos totalmente preenchidos foi o seguinte:

***Quadro 3: Número de questionários preenchidos por grupo***

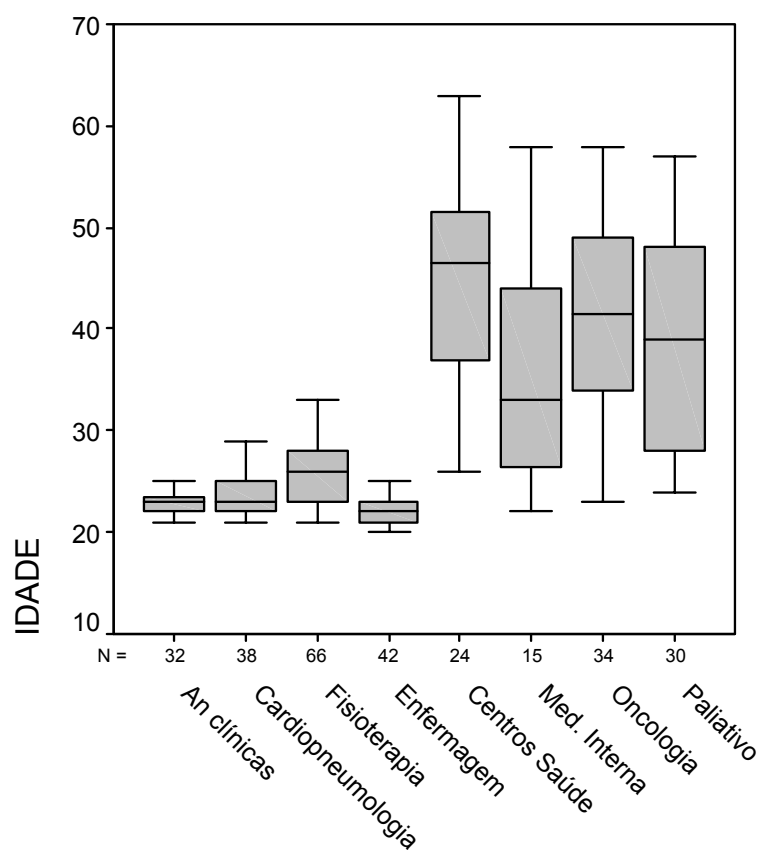
	Análises Clínicas	Cardio Pneum.	Fisioterapia	Enfermagem	Centros Saúde	Med. Interna	Oncologia	C. Paliativos	Total
n	32	38	66	42	24	15	34	30	281

### 7.1.1 Caracterização do perfil sócio-demográfico

Por área profissional, o perfil sócio-demográfico é o seguinte:

Os grupos ocupacionais apresentam dois grandes blocos em termos etários compostos respectivamente pelos recém-licenciados e pelos profissionais experientes (Figura 10).

**Figura 10 – Distribuição etária por grupo ocupacional**



As idades médias dos grupos ocupacionais diferem de forma estatisticamente significativa ( $F [7, 273] = 58.49, p < .001$ ).

**Quadro 4: Distribuição etária média por grupo ocupacional**

Idade	An. Clínicas	Cardio Pneum.	Fisioterapia	Enfermagem	Centros Saúde	Med. Interna	Oncologia	C. Paliativos	ANOVA F
	(n=32)	(n=38)	(n=66)	(n=42)	(n=24)	(n=15)	(n=34)	(n=30)	(n=281)
Média (dp)	22.6 (1.2)	25.0 (4.5)	25.8 (3.36)	22.2 (1.4)	44.4 (8.9)	37.1 (12.4)	41.2 (9.7)	38.2 (11.0)	58.493 (p=.000)
Post hocs	A, c, e, f, g, h	B, d, e, f, g, h	C, a, d, e, f, g, h	D, b, c, e, f, g, h	E, a, b, c, d	F, a, b, c, d	G, a, b, c, d	H, a, b, c, d	

Os testes Post Hoc revelam que a idade média do grupo de analistas clínicos difere de (a)

O grupo de cardiopneumologistas difere de (b)

O grupo de fisioterapeutas difere de mas

O grupo de enfermeiros difere de (d)

O grupo de médicos e enfermeiros em centros de saúde difere de mas

O grupo de médicos e enfermeiros em serviços de medicina interna difere de (f)

O grupo de médicos e enfermeiros em serviços de oncologia difere de (g)

O grupo de médicos e enfermeiros em serviços de cuidados paliativos difere de (h)

Os grupos ocupacionais apresentam diferenças consideráveis na idade média embora seja sobretudo patente que os primeiros quatro grupos ocupacionais (compostos por recém-licenciados) contrastam sobretudo com os grupos ocupacionais compostos por profissionais experientes, como aliás, esperávamos. Assim, de aqui se retira a necessidade de controlar possíveis efeitos decorrentes das diferenças etárias em análises subsequentes.

## Sexo

Os testes de proporções de respondentes por sexo revelam que em todos os grupos ocupacionais (com exceção dos médicos e enfermeiros de centros de saúde e serviços de medicina interna) há maior proporção de elementos do sexo feminino. Esta é suficientemente elevada para ser considerada estatisticamente significativa. A taxa média de feminilização dos grupos ocupacionais ultrapassa ligeiramente os 80% (Quadro 5).

**Quadro 5 – Distribuição da variável sexo por grupo ocupacional**

		Grupo ocupacional								
		Análises clínicas	Cardio pneum.	Fisioterapia	Enfermagem	Centros Saúde	Med. Interna	Oncologia	Paliativo	Total
		(n=32)	(n=38)	(n=66)	(n=42)	(n=24)	(n=15)	(n=34)	(n=30)	(n=281)
SEXO	Feminino	93,8%	71,1%	72,7%	88,1%	66,7%	73,3%	85,3%	93,3%	80,4%
	Masculino	6,3%	28,9%	27,3%	11,9%	33,3%	26,7%	14,7%	6,7%	19,6%
p teste binominal para igualdade de proporções		.000	.014	.000	.000	.152	.118	.000	.000	.000

Portanto, há predomínio de respondentes do sexo feminino em todas as ocupações profissionais com excepção dos Centros de Saúde e Medicina interna onde a diferença não é estatisticamente significativa, embora tal possa dever-se ao facto destes grupos serem os que menor dimensão apresentam.

Pelo exposto afigura-se necessário controlar possíveis efeitos decorrentes da variável sexo em análises subsequentes sempre que forem encontrados resultados relevantes para estes grupos.

## Estado civil

**Quadro 6 – Distribuição da variável estado civil por grupo ocupacional**

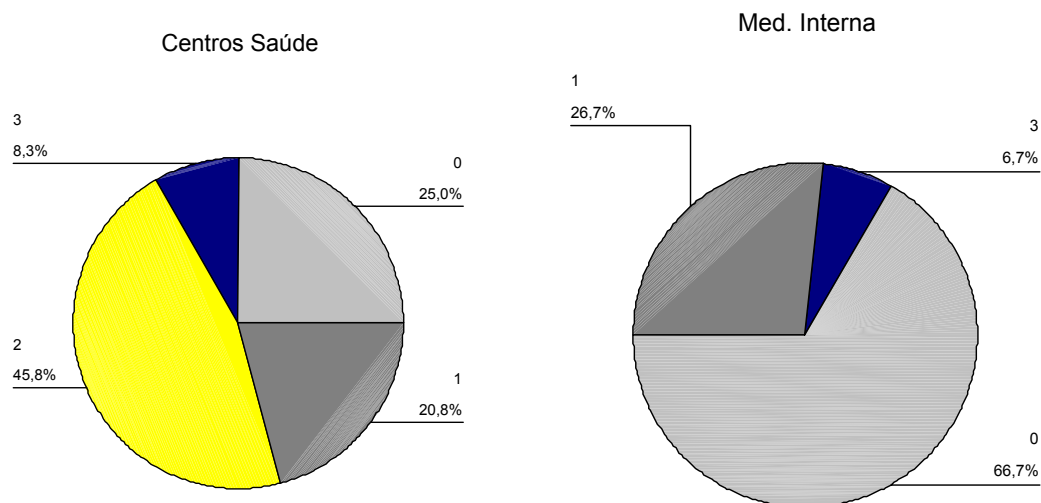
Estado Civil		Grupo ocupacional							
	Análises clínicas	Cardio pneum.	Fisioterapia	Enferm.	Centros Saúde	Med. Interna	Oncologia	Paliativo	Total
	(n=32)	(n=38)	(n=66)	(n=42)	(n=24)	(n=15)	(n=34)	(n=30)	(n=281)
Solteiro	100,0%	92,1%	78,8%	100,0%	20,8%	20,0%	26,5%	36,7%	67,3%
Casado		7,9%	19,7%		66,7%	60,0%	61,8%	60,0%	28,5%
Divorciado			1,5%		12,5%	13,3%	11,8%	3,3%	3,9%
Viuvo						6,7%			,4%
X <sup>2</sup> de ajust.	-	26.9***	64.6***	-	12.3**	-	13.5**	14.6**	320.3***

\*p<.05, \*\*p<.01, \*\*\*p<.001

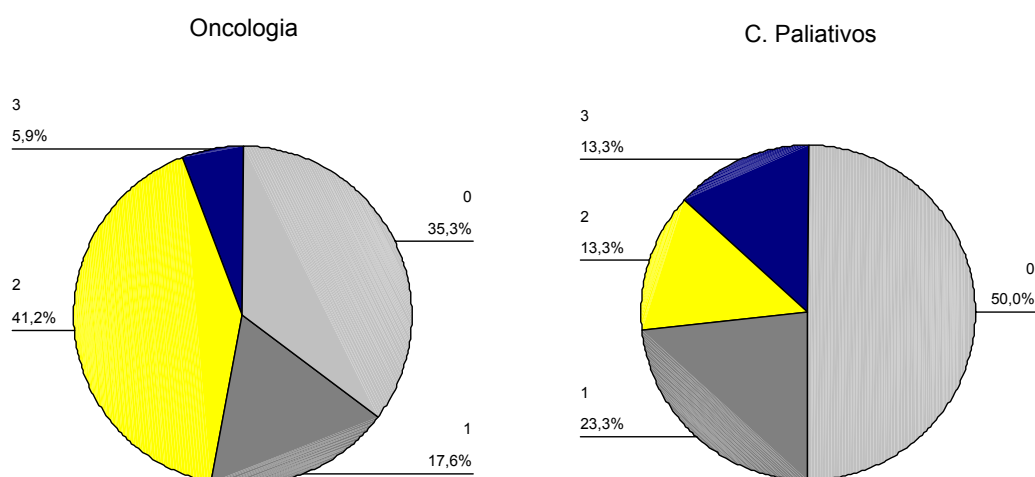
Um teste de qui-quadrado de ajustamento revela (Quadro 6) uma predominância de respondentes solteiros nos grupos de recém-licenciados enquanto que nos grupos de profissionais experientes são os respondentes casados ou em união de facto que mais frequentemente surgem. Este resultado corresponde ao esperado. A comparação de frequências observadas e esperadas para todos os grupos ocupacionais (V de Cramer) revela que estes diferem entre si quanto às proporções de respondentes com diferentes estados civis ( $V=.419$ ,  $p<.001$ ).

Pelo exposto afigura-se necessário controlar possíveis efeitos decorrentes da variável estado civil em análises subsequentes sempre que forem encontrados resultados relevantes para estes grupos.

## Descendência



Aproximadamente metade dos indivíduos que compõem a amostra proveniente de centros de saúde tem dois filhos e cerca de um quarto da amostra não tem filhos. O cenário contrasta fortemente com indivíduos provenientes de serviços de medicina interna em que mais de dois terços não possui descendência.

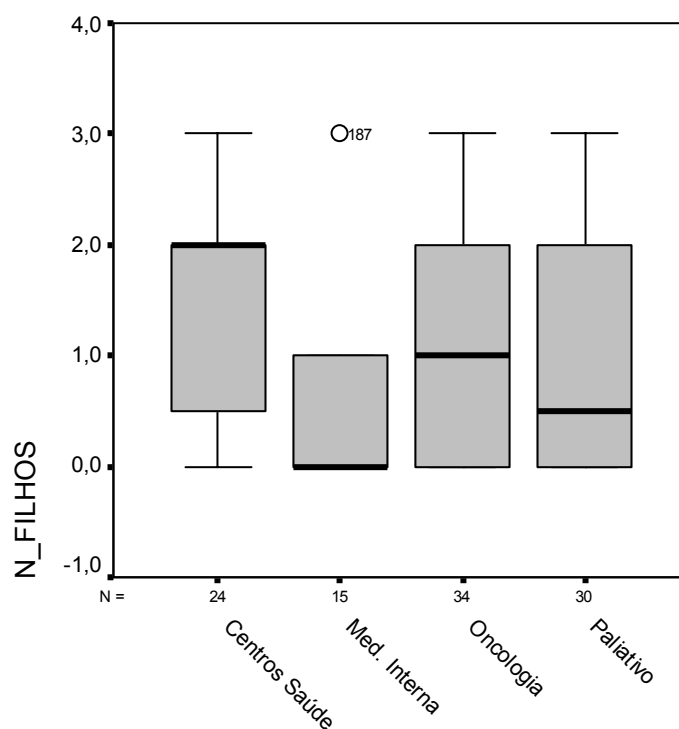


O cenário é diferente para os indivíduos que desenvolvem actividade profissional em serviços de Oncologia e de Cuidados Paliativos. Para os serviços de Oncologia, a moda (aproximadamente 40%) situa-se numa descendência de dois filhos mas que é acompanhada muito de perto pela inexistência de descendência. Nos cuidados paliativos, a moda (50%) é a de ausência de descendência.

Da aplicação de um teste de Kruskal-Wallis identifica-se variações estatisticamente significativas entre os grupos ocupacionais quanto ao número de filhos ( $X^2=9.264$ , 3gl,  $p<.05$ ). As medianas dos grupos encontram-se expostas na Figura 11 e as frequências no Quadro 7.



**Figura 11– Medianas do número de filhos por grupo ocupacional**



**Quadro 7 – Cruzamento nº de filhos e grupo ocupacional**

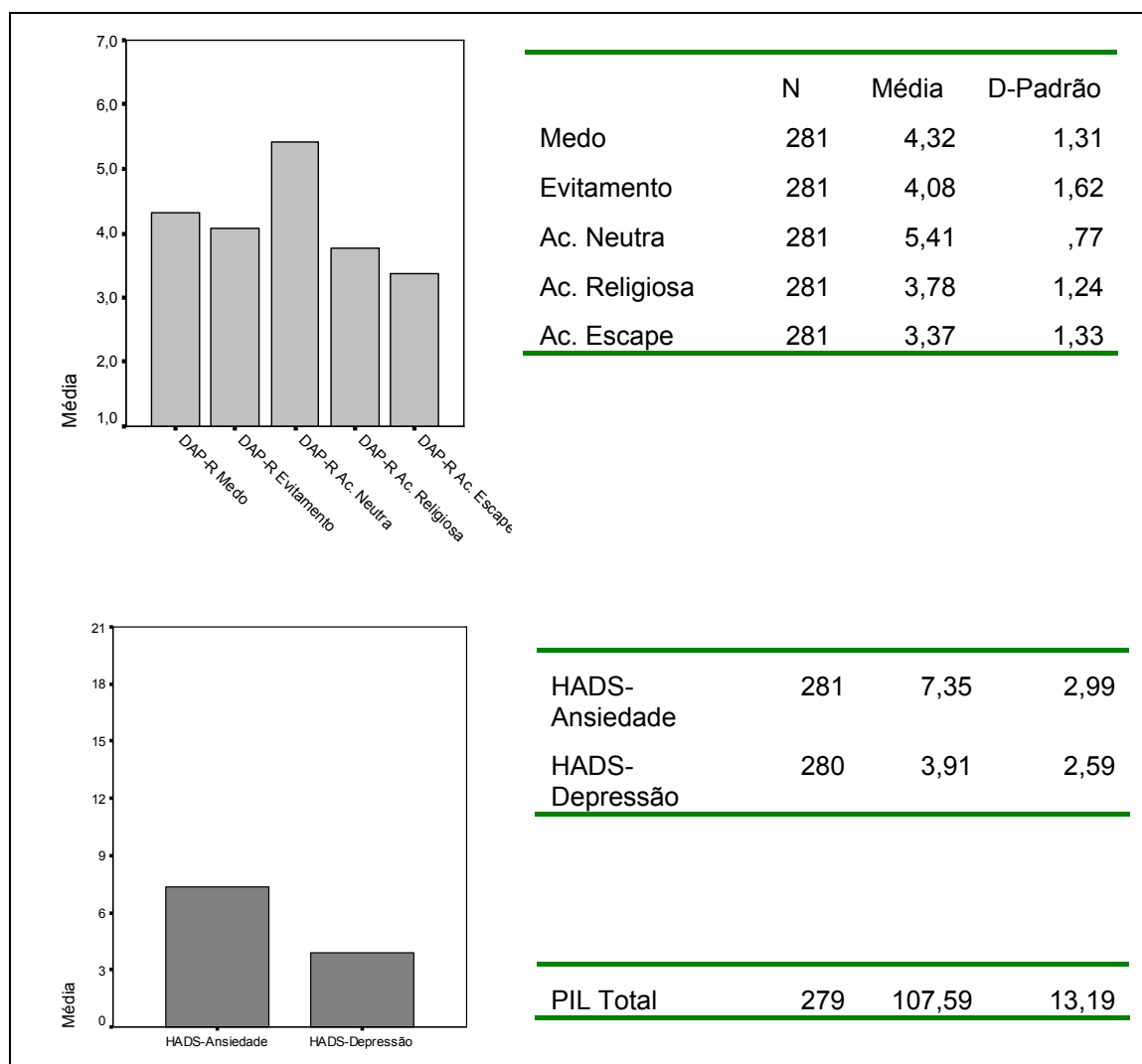
		N_FILHOS				Total
		0	1	2	3	
Grupo Ocupacional	Centros Saúde	25,0%	20,8%	45,8%	8,3%	100%
	Med. Interna	66,7%	26,7%	0,0%	6,7%	100%
	Oncologia	35,3%	17,6%	41,2%	5,9%	100%
	Paliativo	50,0%	23,3%	13,3%	13,3%	100%
Total		41,7%	21,4%	28,2%	8,7%	100%

Pelo exposto afigura-se necessário controlar possíveis efeitos decorrentes da variável descendência (número de filhos) em análises subsequentes sempre que forem encontrados resultados relevantes para estes grupos.

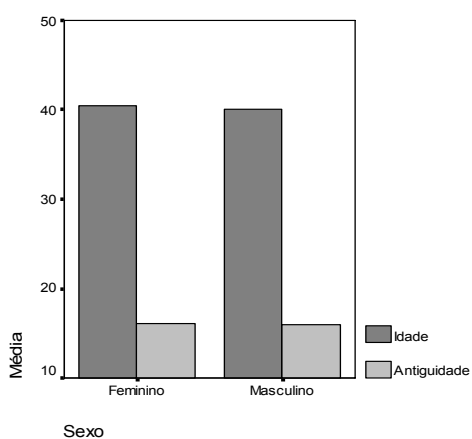
## Descritivas dos instrumentos

No sentido de melhor caracterizar a amostra, procederemos à exposição dos valores médios e de dispersão (desvio-padrão) dos vários constructos medidos (Propósito de vida, Atitudes perante a morte e Ansiedade e Depressão) para a totalidade da amostra e segmentadas por sexo, grupo ocupacional, grau de exposição à morte, estado civil e nível de escolaridade. Os valores de corte para cada um dos instrumentos referidos apresentam-se já mencionados na secção relativa aos instrumentos, na metodologia.

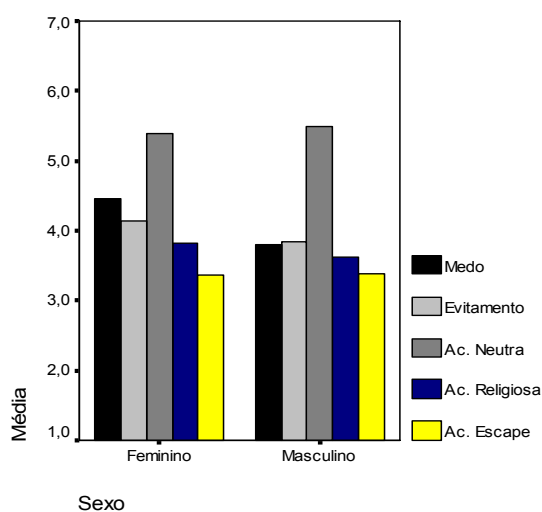
**Quadro 8 – Estatísticas descritivas para toda a amostra**



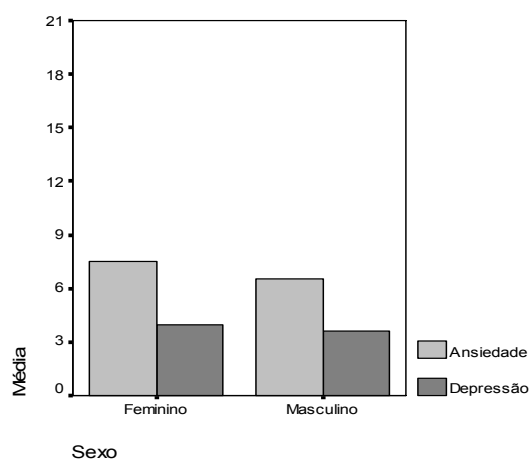
**Quadro 9 – Estatísticas descritivas por sexo**



Sexo		Média	D.P.
Feminino (n=83)			
	Idade	30,11	10,64
	Antiguidade	16,04	9,71
Masculino (n=19)			
	Idade	30,58	9,78
	Antiguidade	15,89	9,71



Sexo		Média	D.P.
Feminino (n=226)			
	Medo	4,45	1,31
	Evitamento	4,13	1,64
	Ac. Neutra	5,39	,77
	Ac. Religiosa	3,81	1,21
	Ac. Escape	3,36	1,35
Masculino (n=55)			
	Medo	3,79	1,16
	Evitamento	3,85	1,48
	Ac. Neutra	5,49	,73
	Ac. Religiosa	3,61	1,33
	Ac. Escape	3,38	1,20



Sexo		Média	D.P.
Feminino (n=226)			
	Ansiedade	7,54	3,04
	Depressão	3,98	2,70
Masculino (n=55)			
	Ansiedade	6,55	2,58
	Depressão	3,64	2,00

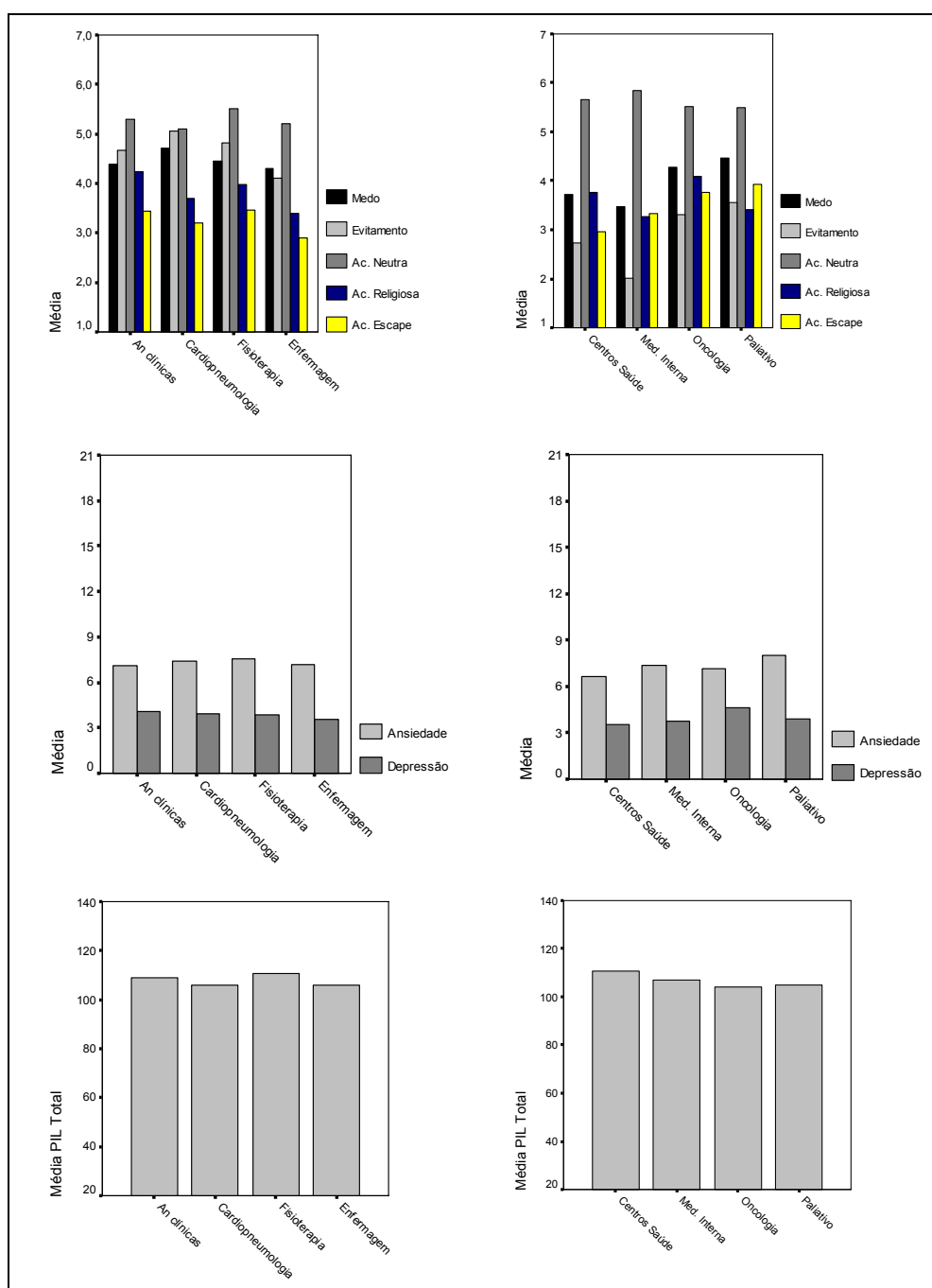
Sexo		Média	D.P.
Feminino (n=226)	PIL Total	107,40	13,25
Masculino (n=55)	PIL Total	108,35	13,06

Testes estatísticos de médias para os constructos medidos revelaram que as únicas diferenças significativas entre homens e mulheres reside num maior valor médio de medo da morte para as mulheres [ $F(1, 279)=11.492, p=.001$ ] bem como um maior nível de ansiedade [ $F(1, 279)=4.973, p=.027$ ].

De assinalar que, com excepção da Aceitação Neutra, em média, todos os pontos possíveis de escala encontram-se cobertos no conjunto de indivíduos que compõem a amostra feminina ou masculina. Curiosamente, no caso do aceitação neutra, o posicionamento que mais se aproxima do pólo de discordância total assume a média de 3.4 e 3.6 para os respondentes do sexo feminino e masculino respectivamente. Tal, indica que ninguém se aproximou de forma inequívoca deste pólo pelo que podemos considerar que a Aceitação Neutra constitui elemento partilhado e agregador de todos os profissionais de saúde que responderam a estes questionários.

Atendendo à profusão de dados contidos nos quadros subsequentes, que fragmentam as descritivas por área ocupacional, representamo-los integralmente em quadro no Anexo II por considerarmos a sua inclusão em corpo de texto de leitura fastidiosa. Procederemos à sua representação gráfica simplificada junto com a identificação de casos em que se tenham registado resultados estatisticamente significativos. A exemplo do sucedido anteriormente, apenas esses serão reportados por motivo de parcimónia.

**Quadro 10 – Descritivas por área ocupacional**

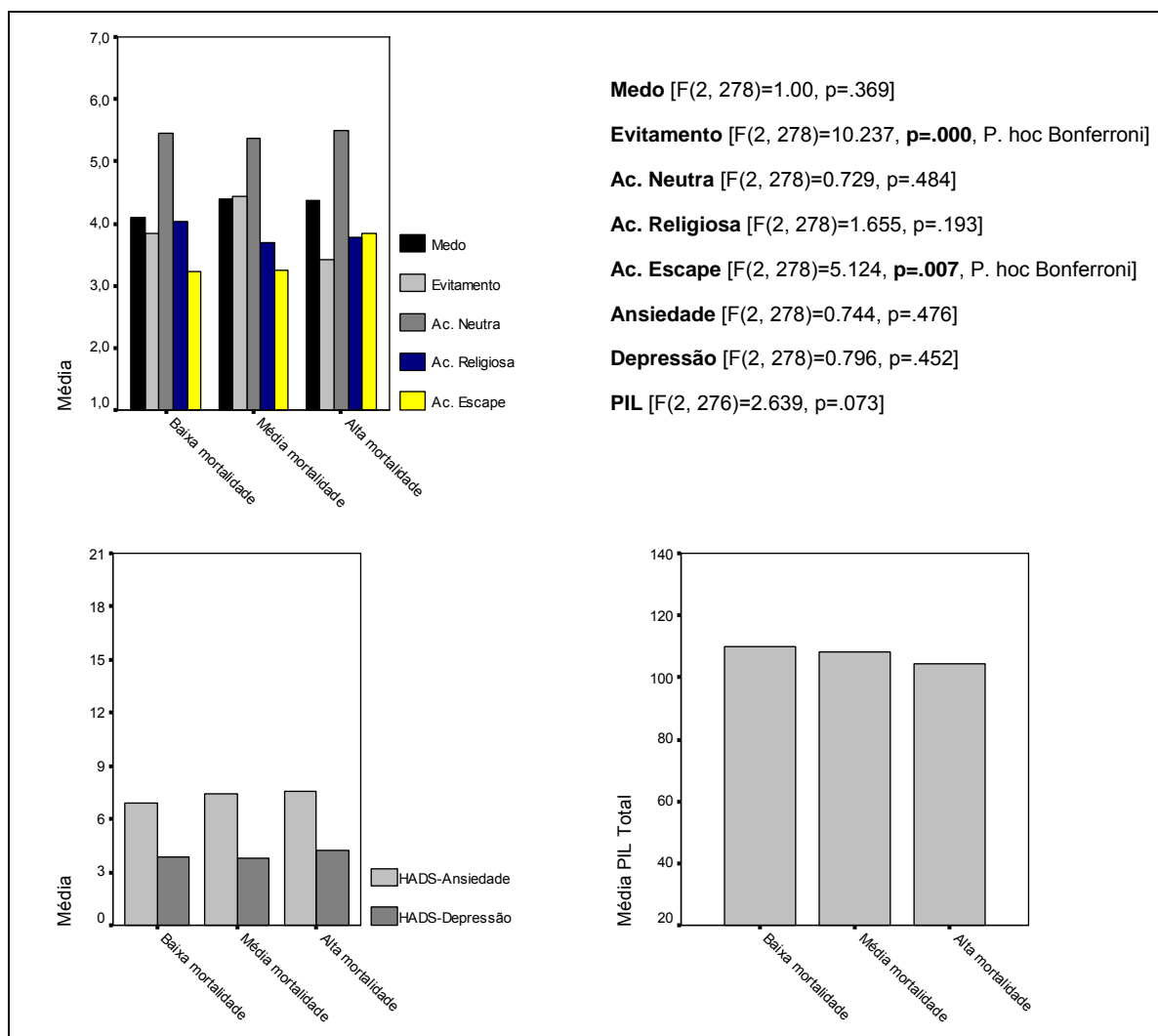


Testes estatísticos de médias para os constructos medidos revelaram que as únicas diferenças significativas entre as áreas ocupacionais residem genericamente num menor evitamento da morte auto-reportado para as áreas ocupacionais com respondentes experientes (Centros de saúde, Medicina interna, Oncologia, Paliativos) face às

restantes. Em acréscimo, foi encontrado maior valor de aceitação de escape em Cuidados Paliativos face à Enfermagem [ $F(7, 273)=2.425$ ,  $p=.02$ , Post hoc Bonferroni].

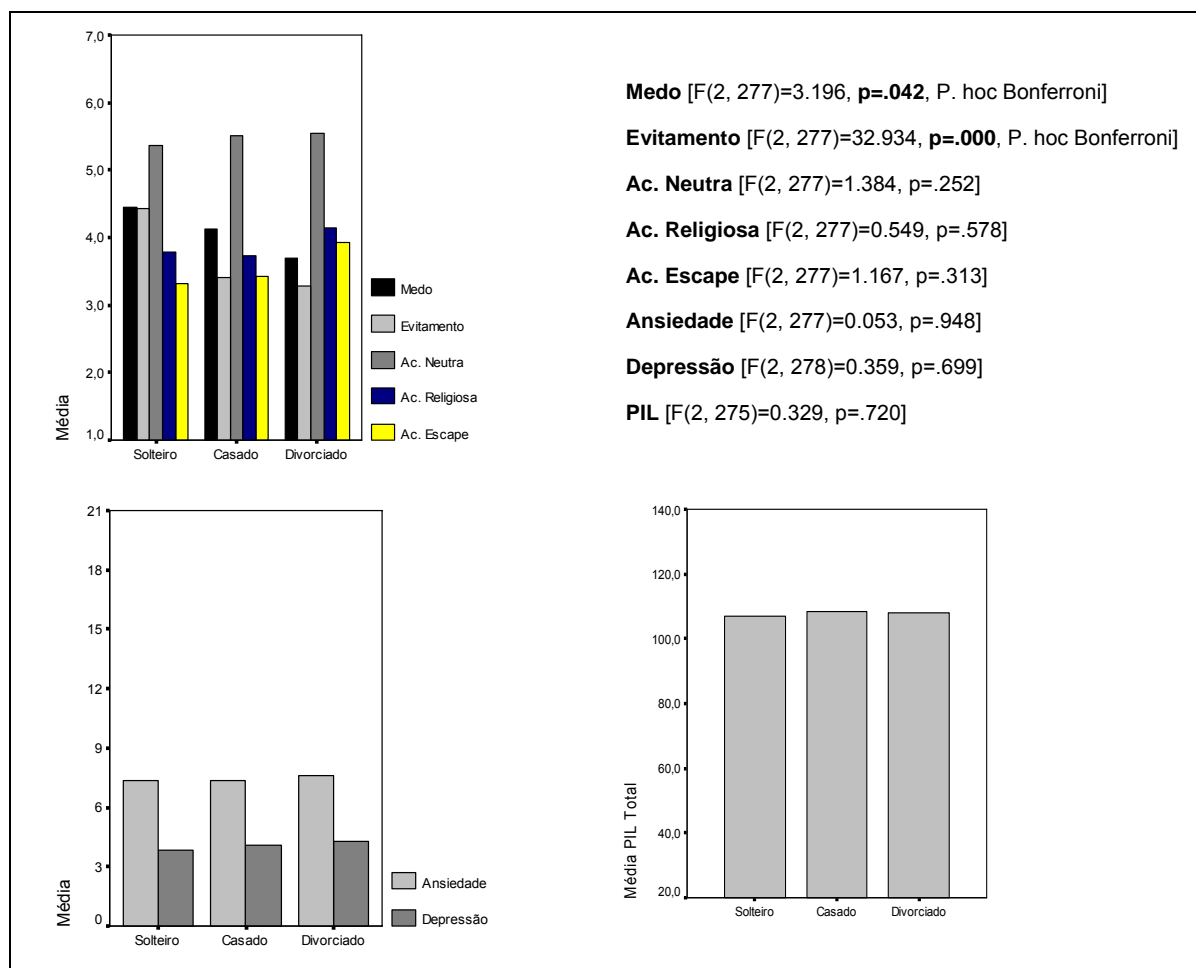
Quanto ao grau de exposição ocupacional à morte, os testes estatísticos revelaram que é o grupo intermédio que apresenta o menor valor de evitamento da morte quando comparado com os restantes [ $F(2, 278)=10.237$ ,  $p=.000$ , Post hoc Bonferroni]. Por contraste, é no grupo de elevada exposição ocupacional à morte que se encontra o maior valor de aceitação de escape por comparação com os restantes grupos [ $F(2, 278)=5.124$ ,  $p=.007$ , Post hoc Bonferroni] conforme Quadro 11.

**Quadro 11 – Estatísticas descritivas por grau de exposição ocupacional à morte**



Por fim, os testes revelaram diferenças de média estatisticamente significativas entre Solteiros e Casados e Divorciados. No caso presente, os solteiros reportaram maior medo [F(2, 277)=3.196,  $p=.042$ , P. hoc Bonferroni] e evitamento da morte [F(2, 277)=32.934,  $p=.000$ , P. hoc Bonferroni] embora tal possa dever-se a uma associação com a idade, tornando-se espúria (Quadro 12).

**Quadro 12 – Estatísticas descritivas por estado civil**



### 7.1.2 Teste do viés de fonte comum

O controlo de variância partilhada decorrente da mesma fonte e método (same source/common method variance) no caso de as variáveis preditora e dependente terem natureza perceptiva, como o do corrente estudo, é uma necessidade metodológica. Khatri e Ng (2000) recomendam vários procedimentos de despistagem deste problema que consistem no recurso a respondentes qualificados e teste do factor único de Harman (1967 cit. in Parkhe, 1993). Sendo a amostra qualificada, a análise incidirá sobre o factor único de Harman. Para o efeito procedemos a uma análise factorial exploratória.

Através deste teste considera-se existir inflação da variância devida à mesma fonte e método quando a análise factorial exploratória revela um único factor comum a todos os itens componentes das variáveis preditoras e dependente. Alternativamente, a existência de um factor que retenha a maior parte da variância nas matrizes rodada e não rodada constitui indicador deste tipo de problema.

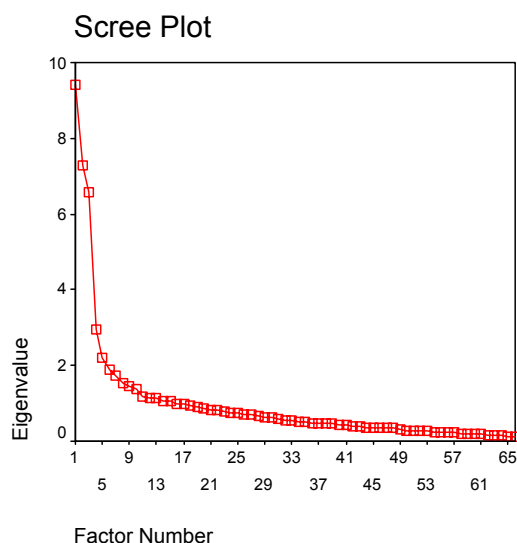
Procedemos à análise factorial exploratória de componentes principais tomando o critério de Kaiser e o Scree plot como possíveis critérios de extracção de factores para as variáveis PIL, DAP-R, e HADS.

A análise factorial (de componentes principais) das variáveis é válida ( $KMO=.852$ , Bartlett  $\chi^2 p<.001$ ). Todas as medidas de adequação amostral (MSAs) na matriz de correlação anti-imagem apresentam valores aceitáveis variando entre .569 e .928.

A aplicação do critério de Kaiser (retenção de todos os factores com eigenvalue superior a 1) devolve uma solução factorial divergente da do Scree plot. Enquanto que o critério de Kaiser retém 15 factores com uma variância explicada de 63.7% e 52.7% após rotação da matriz (Varimax), a análise do scree plot sugere apenas 5 factores.



**Figura 12 – Scree plot para teste de viés de fonte comum**



Com efeito, ambos os critérios de extracção do número de factores apresentam-se diferencialmente válidos em função da dimensão da amostra, das comunalidades e do número de variáveis (Field, 2000; Stevens, 2002).

A situação em que as análises decorrem não é ideal para nenhum dos métodos. A amostra ultrapassa os 250 indivíduos ( $n=281$ ), mas o número de variáveis é muito superior a 30 (com uma proporção aquém da confortável para este tipo de análise de 10:1). Porém, a comunalidade média é de .54 ficando no limiar da aceitabilidade para a aplicação do critério de Kaiser.

A análise conjunta indica que os cinco factores retidos pelo scree plot coincidem com todos os que apresentam eigenvalue bastante superior a 1 pois do 6º factor até ao 15º os eigenvalue estão muito próximos do 1.0. Comparativamente, é a solução factorial devolvida pela aplicação do critério de Kaiser que apresenta melhor interpretabilidade.

Assim, optámos por esta para proceder à análise da variância comum devido à mesma fonte e método.

A existência de um único factor está colocada de parte em qualquer dos casos. Resta, portanto, analisar a proporção de variância retida pelo primeiro factor por comparação com a variância total retida pela solução factorial. Tomando por referência a variância

retidas pelos 15 factores (52.7%), o primeiro factor retém apenas 10.6% (correspondendo a 20% da variância total retida) assim indicando que não há suficiente variância partilhada devida à mesma fonte e método para obrigar a reafirmar possíveis exponenciações da variância explicada no caso de análises subsequentes com estas variáveis conjuntamente como predictoras e critério. Na solução identificada pelo Scree Plot (5 factores) a percentagem de variância retida pelo primeiro factor não chega a 30% da variância total retida, pelo que podemos aceitar que a variância comum devida ao recurso às mesmas fontes e com o mesmo método (e variáveis perceptivas) é inexpressiva neste estudo.

## 7.2 Teste psicométrico dos instrumentos

### 7.2.1 DAP-R

Replicando a estratégia analítica de Wong, Recker e Gesser (1994) relativa à versão anglófona do DAP-R, procedemos a uma análise de componentes principais dos 32 itens.

O valor de Kaiser-Meyer-Olkin encontrado ( $KMO=.891$ ) e o valor do teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 4038.544$ , 496,  $p=.000$ ) permitem afirmar que uma análise factorial exploratória é admissível (Bryman e Cramer, 1993) podendo mesmo para os valores encontrados, ser considerada “boa” (Pestana e Gageiro, 2005) como se pode observar no Quadro 13.

**Quadro 13 – Validação da análise de componentes principais**

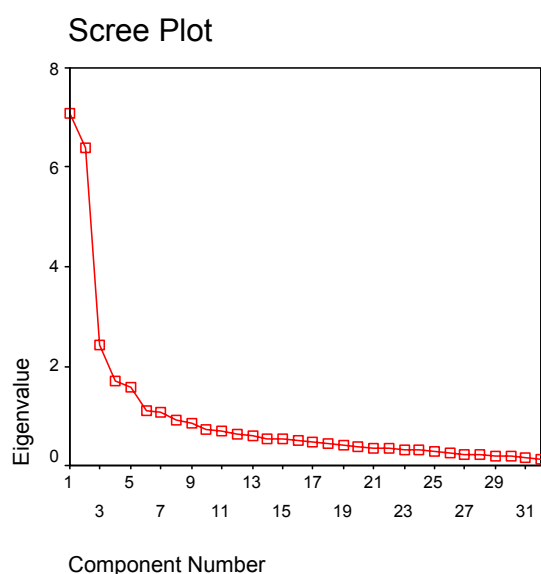
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.		,891
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	4938,544
	df	496
	Sig.	,000

Quando considerada a adequação da dimensão da amostra para o número de itens que compõem o DAP-R considerámos quer a recomendação de Hill e Hill (2000) relativa à proporção de respondentes por variável, quer os valores dos MSAs fornecidos na matriz anti-imagem. A proporção mínima de 1:5 recomendada por Hill e Hill (2000) está largamente coberta e os valores de MSA encontrados oscilam entre um mínimo de .606 e um máximo de .942, sempre acima do valor crítico de .500 indicado por Maroco (2003). Assim, podemos avançar para a análise de componentes principais do DAP-R.

Para identificar o número de componentes a extrair, procedemos quer à análise do scree plot quer à aplicação do critério de Kaiser que selecciona todas as componentes com eigenvalue superior a 1, ou seja, todos os componentes com maior variância agregada do que as variáveis originais (Bryman e Cramer, 1993; Malhotra, 1999; Hair, Anderson Tatham e Black, 1998). A opção de ensaiar ambos os métodos decorre de, por vezes, os resultados divergirem.

O scree plot indica que devem ser extraídos 3 ou 5 componentes (vide Figura 13) embora a aplicação do critério de Kaiser indique 7 (Quadro 14) com uma variância explicada de 66.7%.

**Figura 13 – Scree plot DAP-R**



### Quadro 14 – Componentes critério Kaiser DAP-R

Total Variance Explained									
Component	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,288	22,775	22,775	7,288	22,775	22,775	6,410	20,033	20,033
2	6,457	20,179	42,954	6,457	20,179	42,954	3,856	12,051	32,083
3	2,263	7,072	50,026	2,263	7,072	50,026	3,778	11,807	43,890
4	1,621	5,067	55,093	1,621	5,067	55,093	3,021	9,442	53,332
5	1,549	4,841	59,934	1,549	4,841	59,934	1,913	5,977	59,309
6	1,063	3,321	63,254	1,063	3,321	63,254	1,150	3,593	62,902
7	1,016	3,174	66,429	1,016	3,174	66,429	1,129	3,527	66,429
8	,883	2,759	69,188						

O *scree plot* é considerado critério insuficiente para esta decisão (Field, 2000: 436) e pouco fiável para amostras inferiores a 200 indivíduos (Stevens, 2002). O critério de Kaiser é rigoroso para amostras de grande dimensão (> 250 de acordo com Reis, 1997) e com comunalidade média superior ou igual a 0.60. Bryman e Cramer (1993) consideram que a dimensão adequada para proceder a ACP é de pelo menos 100 e, portanto, consideramos que podemos aplicar – com os cuidados necessários – este critérios para efeitos de decisão de retenção do nº de componentes. A comunalidade média desta ACP é de .664 e, condicionando a decisão à validade facial das componentes, confiamos mais numa solução factorial sugerida pelo critério de Kaiser do que a sugerida pelo *scree plot*.

Da aplicação do critério teórico-empírico procuraremos verificar se os itens de cada componentes se encontram agregados de forma lógica, que replique a estrutura factorial original do instrumento (cf. Wong et al, 1994).

**Quadro 15 – Matriz rodada da Análise de Componentes Principais**

	Componente				
	1	2	3	4	5
	Aceitação religiosa	Evitamento da morte	Medo da morte	Aceitação de escape	Aceitação neutra
28 Crença vida depois morte	<b>,855</b>	-,003	,040	,020	,002
25 Morte passagem lugar eterno	<b>,845</b>	,007	,020	,166	,029
15 Morte é união com Deus	<b>,814</b>	,089	,046	,140	,079
16 Morte promessa vida nova	<b>,810</b>	,011	,007	,212	,034
13 Céu melhor que mundo	<b>,786</b>	,030	-,002	,135	-,055
4 Crença no céu	<b>,776</b>	,032	,030	-,065	-,162
8 Morte passagem satisfação	<b>,764</b>	-,003	-,114	,129	,050
22 Expectativa reunião	<b>,727</b>	-,010	,110	,138	-,099
27 Morte libertação alma	<b>,715</b>	,112	-,090	,316	,104
31 Expectativa vida depois morte	<b>,631</b>	-,124	,080	,177	,001
12 Tento não pensar na morte	,047	<b>,869</b>	,197	-,033	,043
3 Evito pensamento morte	-,010	<b>,841</b>	,284	,028	-,046
10 Afasto pensamento morte	,045	<b>,829</b>	,254	,038	-,063
19 Evito completo pensar morte	-,026	<b>,797</b>	,358	-,002	-,145
26 Não envolvimento tema morte	,106	<b>,721</b>	,220	-,034	-,286
7 Perturba irreversibilidade morte	-,026	,212	<b>,768</b>	-,056	-,151
18 Intenso medo morte	,111	,290	<b>,753</b>	,003	-,113
21 Morte final de tudo assusta	-,036	,171	<b>,731</b>	-,093	,015
32 Incerteza depois preocupa	,070	,228	<b>,728</b>	,101	-,105
2 Morte gera ansiedade	,034	,147	<b>,617</b>	-,080	,091
1 Morte é experiência terrível	-,086	,310	<b>,512</b>	-,007	-,183
20 Vida depois morte perturba	,017	,327	<b>,489</b>	-,013	-,271
11 Morte libertação sofrimento	,196	-,025	,038	<b>,777</b>	,023
9 Morte escape mundo terrível	,061	,032	,010	<b>,777</b>	-,080
23 Morte alívio sofrimento	,356	-,008	,019	<b>,746</b>	,041
5 Morte é fim problemas	,083	-,069	-,121	<b>,690</b>	,129
29 Morte alívio fardos da vida	,426	,103	-,073	<b>,674</b>	,045
6 Morte é natural e inegável	-,005	-,197	-,085	,061	<b>,756</b>
14 Morte é natural na vida	,000	-,085	-,198	,035	<b>,749</b>
24 Morte é parte da vida	-,032	-,016	,031	,054	<b>,641</b>
Alfa de Cronbach	,93	,80	,85	,83	,62
Alfa de Cronbach (Wong et al, 2000)	,97	,88	,86	,84	,62
Variância explicada (%)	22,78	20,18	7,07	5,07	4,84
Valor próprio (eigenvalue)	7,288	6,457	2,263	1,621	1,549

Extraction Method: Principal Component Analysis. Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

A Rotation converged in 6 iterations.

A solução revela quatro componentes perfeitamente coincidentes com a composição teórica dos itens reflectindo-os de forma inequívoca (Quadro 2) e uma componente composta por três itens da mesma natureza ficando os restantes dois distribuídos pelas 6ª e 7ª componentes (não mostradas no quadro). Neste caso, e devido a cada componente apenas ter um único item com *loading* acima de .40, e por apresentarem *eigenvalue* muito próximo do 1.0 (1.063 e 1.016 para os itens respectivamente), descartámo-las.

Assim, a componente 1 passa a designar a aceitação religiosa, a componente 2 designa o evitamento da morte, a 3 designa o medo da morte, a 4 designa a aceitação de escape, e a 5 designa a aceitação neutra. São estes os principais elementos previstos no estudo original de Wong et al (1994).

Com excepção da última componente (aceitação neutra), os valores de consistência interna são muito elevados ultrapassando claramente o limite de aceitação confortável de 0.70. A componente de excepção apresenta um valor de alfa muito modesto que indicia dificuldades de consistência interna na resposta entre os itens componentes por parte dos participantes neste estudo. Porém, os valores originalmente obtidos por Wong et al (1994) são da mesma ordem de grandeza (0.65) e tem sido opção dos vários autores manter a escala nos estudos.

### 7.2.2 PIL

O *Purpose in Life Test* (PIL) carece de análise das suas propriedades psicométricas junto da população que constitui o objecto empírico deste estudo e em Portugal. Assim, à semelhança do plano analítico seguido para o DAP-R procederemos à sua análise sumária por intermédio da factorialização exploratória e do teste de consistência interna.

O valor de Kaiser-Meyer-Olkin encontrado ( $KMO=.911$ ) e o valor do teste de esfericidade de Bartlett ( $\chi^2 = 1957.401$ , 171,  $p=.000$ ) permitem afirmar que uma análise factorial exploratória a estes dados é considerada “muito boa” (Pestana e Gageiro, 2005) como se pode observar no Quadro 3.

**Quadro 16 – Validação da análise de componentes principais**

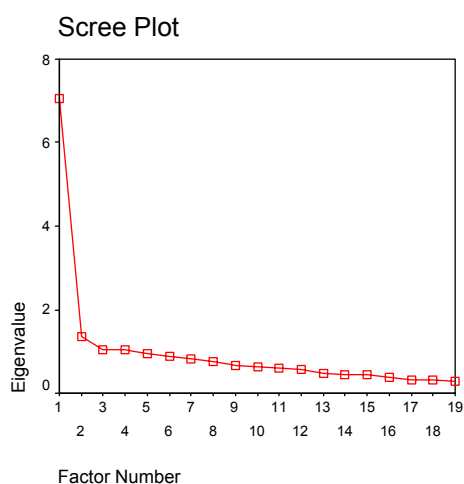
Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy		,901
Bartlett's Test of Sphericity	Approx. Chi-Square	2011,610
	df	190
	Sig.	,000

A proporção de respondentes por variável ultrapassa em muito a proporção mínima recomendada por Hill e Hill (2000) cifrando-se na ordem dos 1:14 e os valores dos MSAs fornecidos na matriz anti-imagem variam entre .777 e .949, com excepção do item 15 que, por apresentar um MSA de .424 não pode ser incluído nas análises factoriais. A refactorialização da escala sem o item 15 devolveu valores igualmente positivos de

validade da análise mas com melhorias substanciais (KMO=.911, Teste de Bartlett  $p < .001$ , MSAs compreendidos entre .793 e .946 e proporção de 1:15).

O *scree plot* e a aplicação do critério de Kaiser devolvem um número de componentes a reter divergente. Enquanto que o *scree plot* indica existir uma única componente (Figura 14), o critério de Kaiser indica quatro (Quadro 17) com uma variância explicada de 43.9%.

**Figura 14 – Scree plot PIL**



**Quadro 17 – Critério de Kaiser PIL**

Factor	Initial Eigenvalues			Extraction Sums of Squared Loadings			Rotation Sums of Squared Loadings		
	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %	Total	% of Variance	Cumulative %
1	7,059	37,155	37,155	6,550	34,471	34,471	2,240	11,788	11,788
2	1,340	7,051	44,205	,852	4,485	38,956	2,206	11,611	23,399
3	1,053	5,541	49,746	,500	2,632	41,588	2,004	10,549	33,948
4	1,030	5,421	55,167	,447	2,354	43,942	1,899	9,994	43,942
5	,945	4,973	60,139						
6	,894	4,706	64,845						

Este cenário replica curiosamente os resultados encontrados no estudo de Chamberlain e Zika (1988) que, encontraram precisamente 4 factores aplicando o critério de Kaiser com



uma variância explicada de 49% mas que, após comparar as soluções devolvidas por uma rotação varimax e outra oblimin, optam por um único factor, que designam por dimensão geral do sentido, sendo o item 15 um dos que se mostrou problemático por ter loadings factoriais abaixo de .30 (os outros foram o 7 e o 13).

Procedemos a uma análise de componentes principais com rotação *oblimin* e detectámos uma matriz padrão substancialmente diferente da identificada pelos autores (Quadro 18).

**Quadro 18 – Matrizes padrão comparadas do PIL**

		Factores				Factores			
		Chamberlain e Zika (1988)				Estudo presente			
Item	Descrição	1	2	3	4	1	2	3	4
1	Entusiasmante	.35			.54		-.39		
2	Vida excitante	.65					-.72		
3	Objectivos claros	.62				.43			
4	Existência sentido	.60				.46		-.30	
5	Dias diferentes	.74	-.40				-.86		
6	Mais vidas como esta				.31			-.81	
7	Actividades excitantes				.36				.43
8	Atingir objectivos	.35			.31	.48			
9	Coisas boas na vida	.56						-.38	
10	Vida valer a pena	.45	.30						
11	Razão para existir	.48	.53					-.44	
12	Mundo com sentido	.34							
13	Responsável				.52	.38			
14	Livre escolha			.79					.44
15	Preparado para morte	.50				-	-	-	-
16	Pensamentos suicidas		.47					-.30	.35
17	Encontrar sentido	.50				.34			.44
18	Vida sob controlo			.61					.49
19	Tarefas agradáveis				.45				.41
20	Descobrir sentido	.48	.32			.76			

A estrutura factorial é evidentemente divergente e isto pode dever-se à natureza da amostra que, no caso do estudo de Chamberlain e Zikka (1988), era composta por 184 mulheres domésticas. Um estudo conduzido por Rekker e Cousins (1979) identificou para uma amostra de 248 estudantes de Psicologia, uma solução de 6 factores tendo este facto sido encarado como aceitável por o PIL variar substancialmente com a natureza da população respondente.

Ou seja, a instabilidade factorial desaconselha uma solução multifactorial sendo prática comumente aceite, entre os investigadores que incluíram o PIL nos seus estudos empíricos, tratá-lo como uma escala unifactorial indicativa do grau de sentido de vida (high-purpose versus low-purpose segundo Crumbaugh, 1968). Alguns destes explicitaram como motivo para aceitar a estrutura unifactorial do PIL a antiguidade e continuidade no uso deste instrumento como medida global (e.g. Klaas, 1998; Molasso, 2006). Porém, este argumento remete para uma forma de validade ecológica que não parece bastar. Assim, e suportando-nos nos critérios de validade das análises factoriais, e atendendo a que o valor médio das comunalidade é de .55 (inferior ao valor crítico para assegurar rigor na aplicação do critério de Kaiser) e, porque a amostra é superior a 200 respondentes, consideramos preferível aceitar a solução unifactorial tal como sugerido pelo scree plot. Procedemos assim à extracção de um único factor, que revelou pesos factoriais similares aos encontrados por Chamberlain e Zika (1988) e que possui também um elevado nível de consistência interna (alfa de Cronbach = .89) (Quadro 19).

**Quadro 19 – Estrutura unifactorial comparada**

	componente	componente
	Estudo presente	Chamberlain e Zika (1988)
PIL20	,74	,69
PIL4	,74	,59
PIL9	,74	,60
PIL17	,71	,55
PIL10	,66	,62
PIL19	,63	,42
PIL1	,63	,39
PIL11	,61	,70
PIL6	,60	,58
PIL5	,58	,35
PIL8	,57	,48
PIL2	,56	,49
PIL3	,55	,54
PIL18	,51	,48
PIL12	,48	,43
PIL7	,46	,16
PIL16	,40	,34
PIL14	,37	,34
PIL13	,28	,21
Alfa de Cronbach	.89	

Extraction Method: Principal Component Analysis.

1 factors extracted. 4 iterations required

### 7.2.3 HADS

Atendendo a que este instrumento foi amplamente usado em investigação conduzida em Portugal e no estrangeiro enquanto medida de ansiedade e depressão sendo positivos os relatos sobre as suas propriedades psicométricas (Silva, Ribeiro e Cardoso, 2004) procedemos à aplicação de um critério teórico-empírico, fixando-nos numa solução bifactorial para futuras análises.

A análise factorial é válida (KMO=.836, Teste de Bartlett,  $p=.000$ ; 53% de variância explicada, MSAs acima de .792) e a replicação da análise de componentes principais com fixação do número de duas componentes a extrair, devolveu a seguinte matriz rodada:

**Quadro 20 – Solução factorial do HADS (bifactorial)**

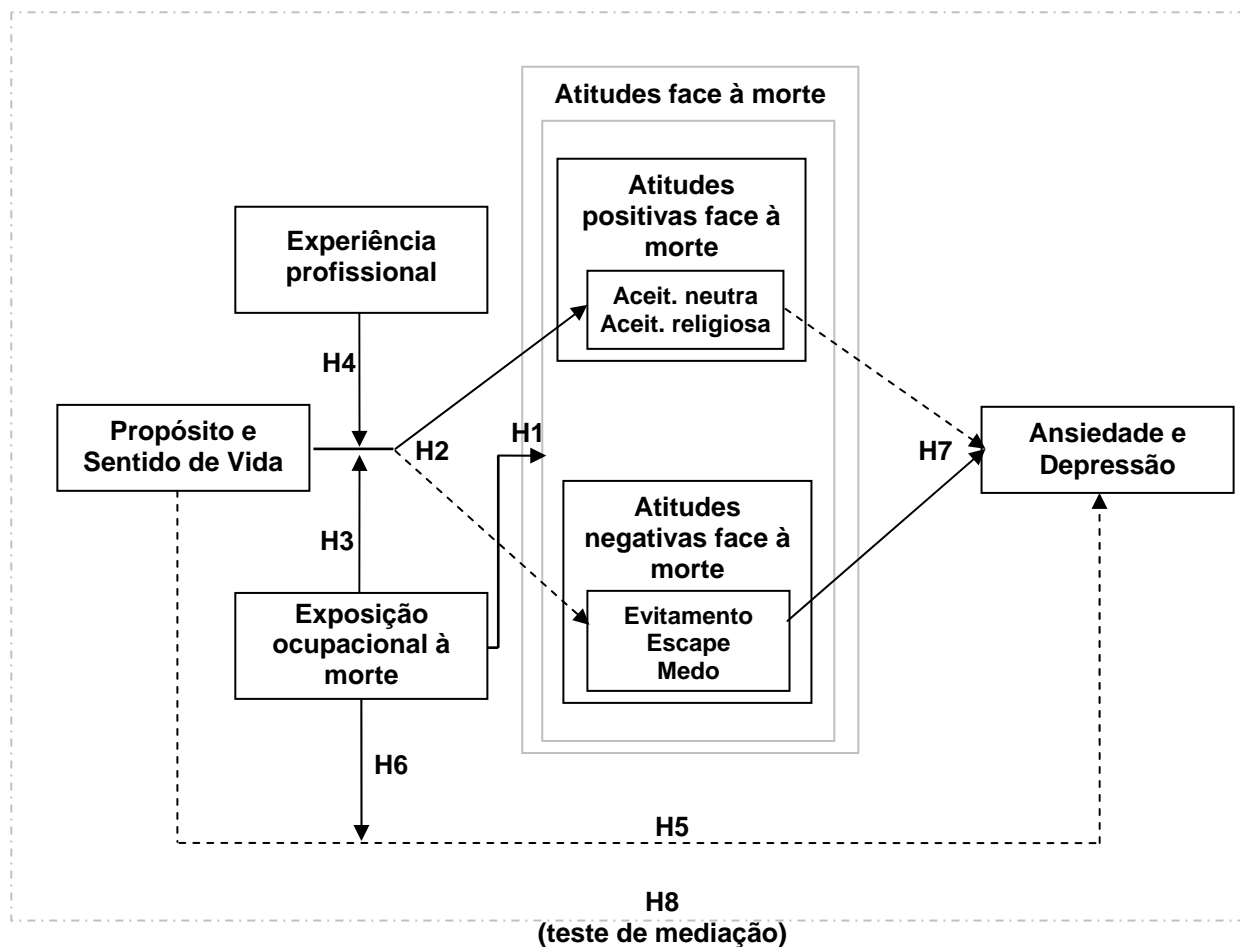
	Component	
	1	2
HADS9	<b>,680</b>	,113
HADS5R	<b>,656</b>	,135
HADS11R	<b>,646</b>	,008
HADS1R	<b>,640</b>	,150
HADS13R	<b>,510</b>	,224
HADS7	<b>,476</b>	,257
HADS3R	<b>,462</b>	,395
HADS12	,006	<b>,796</b>
HADS2	,099	<b>,656</b>
HADS8R	,150	<b>,525</b>
HADS4	,258	<b>,496</b>
HADS6R	,426	<b>,479</b>
HADS10R	,106	<b>,419</b>
HADS14	,293	<b>,307</b>
Alfa de Cronbach	<b>.73</b>	<b>.66</b>
Extraction Method: Principal Component Analysis.		
Rotation Method: Varimax with Kaiser		
Normalization.		
A Rotation converged in 3 iterations.		

Os valores de consistência interna são, para a primeira e segunda componentes, aceitável e marginal, respectivamente. Os valores de crossloading não nos suscitaram problemas de natureza metodológica relacionados com a multicolineariedade, porque trata-se de uma variável com o estatuto de variável dependente neste trabalho.

Designámos, à semelhança de todos os estudos que encontramos e que recorreram a esta escala, a primeira e segunda componentes por: Ansiedade e Depressão, respectivamente.

### 7.3 Teste de hipóteses

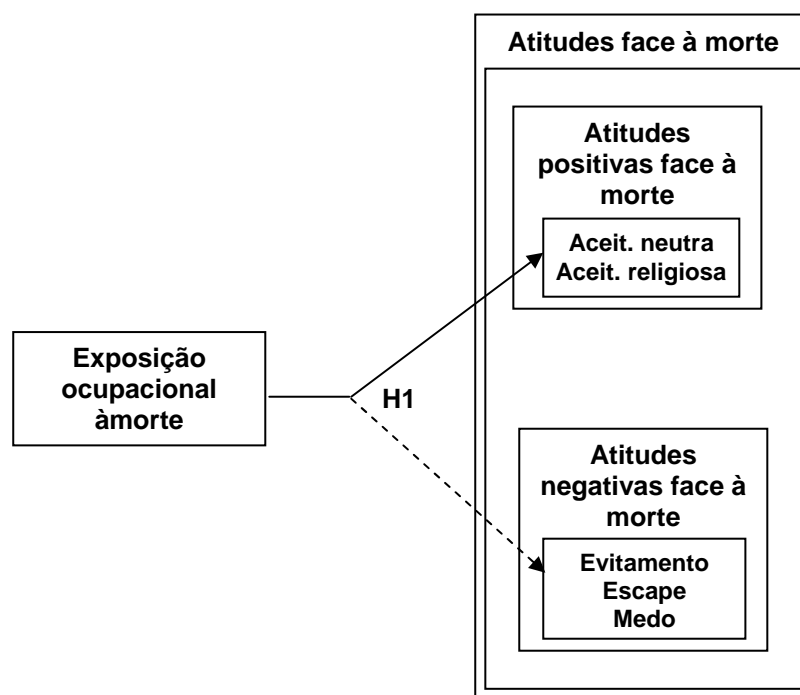
Para facilitar a visualização do conjunto, reproduzimos o modelo de análise já exposto, em que se integram as hipóteses a testar.



## TESTE DA HIPÓTESE 1: EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À MORTE E ATITUDES FACE À MORTE

**H1: A exposição ocupacional à morte, aumenta as atitudes negativas face à morte e diminui as atitudes positivas face à morte.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:



H1a: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, menor a aceitação neutra da morte.

H1b: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, menor a aceitação religiosa da morte

H1c: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, maior o evitamento da morte

H1d: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, maior a aceitação de escape da morte.

H1e: Quanto maior a exposição ocupacional à morte, maior o medo da morte

**Quadro 21 – Teste de associação entre a Exposição ocupacional à morte e os factores do DAP-R**

		Aceitação religiosa	Evitamento da morte	Medo da morte	Aceitação de escape	Aceitação neutra
Exp. Ocup. Morte	$\beta$				.154	
	t	n.s.	n.s.	n.s.	2.604**	n.s.
	$R^2_{aj}$				2.0%	

\*\*\* $p \leq .001$     \*\* $p \leq .01$     \* $p \leq .05$

Apesar de se verificar uma associação entre a exposição ocupacional à morte e a aceitação de escape, a magnitude do efeito é muito reduzida (2%) tornando o efeito despidiendo.

Discussão de Resultados: O teste estatístico realizado (Quadro 21) sugere uma associação entre o maior grau de exposição à morte e o aumento de uma atitude considerada como mais negativa face à morte, a aceitação de escape. Porém, esta associação tem um reduzido valor explicativo, com uma maginutde de efeito de 2%.

Apenas conhecemos dois estudos que mediram as atitudes perante a morte em profissionais de saúde (usando o DAP-R) relacionando-as com a sua exposição ocupacional à morte (i.e. Dunk et al, 2005 e Rooda et al, 1999). Estes não identificaram atitudes mais presentes, mas sim atitudes que se relacionavam negativamente com as atitudes perante o cuidar em final de vida (medidas pela FATCOD de Frommelt, 1991). Todos os restantes estudos que se debruçaram sobre as atitudes perante a morte em profissionais de saúde recorreram a outras medidas atitudinais, o que torna os seus resultados mais dificilmente extrapoláveis. Desta forma, e com a precaução necessária, verificamos que os resultados obtidos no presente estudo não corroboraram os estudos de Fang e Howell (1976) que encontraram valores de medo da morte mais elevados em estudantes de medicina face a estudantes de Direito. Da mesma forma, os resultados



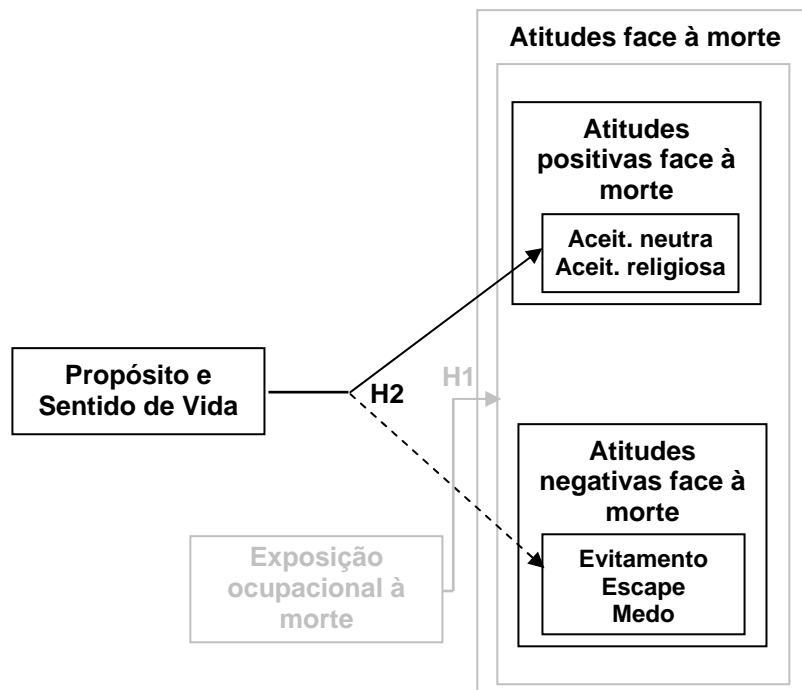
encontrados por Chen et al (2005) que identificaram níveis mais elevados de medo do processo de morrer em enfermeiros mais experientes não encontram eco no presente estudo.

A inexistência de associação pode decorrer de um artefacto estatístico que se prende com a escala de medida da variável independente (grau de exposição ocupacional à morte) contar apenas com três pontos numa escala ordinal (baixa, média, e elevada mortalidade) perdendo-se assim alguma sensibilidade.

## TESTE DA HIPÓTESE 2: PROPÓSITO DE VIDA E ATITUDES FACE À MORTE

**H2: Quanto mais elevado o Propósito / Sentido de Vida, mais elevadas as atitudes positivas face à morte e mais baixas as atitudes negativas face à morte.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:



H2a: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida, maior a aceitação neutra da morte.

H2b: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida maior a aceitação religiosa da morte.

H2c: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida menor o evitamento da morte.

H2d: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida menor o medo da morte.

H2e: Quanto mais elevado o propósito e sentido de vida menor a aceitação de escape da morte.

**Quadro 22 – Teste de associação entre o PIL e os factores do DAP-R**

		Aceitação religiosa	Evitamento da morte	Medo da morte	Aceitação de escape	Aceitação neutra
PIL Total	$\beta$				-.321	
	t	n.s.	n.s.	n.s.	-5.637**	n.s.
	$R^2_{aj}$				10.0%	

\*\*\* $p \leq .001$     \*\* $p \leq .01$     \* $p \leq .05$

A H2 foi corroborada para o caso “aceitação de escape”. Desta forma, quanto maior o propósito e sentido de vida, menor a aceitação de escape face à morte.

Discussão de Resultados: O teste estatístico realizado (Quadro 21) permitiu corroborar, ainda que parcialmente, a Hipótese 2. Mais especificamente confirmou a H2e.

Sendo a aceitação de escape considerada parte de um padrão atitudinal menos positivo podemos afirmar que este tende a diminuir significativamente enquanto resposta quando o propósito/sentido de vida se eleva. Estes resultados convergem com os reportados por outros autores que estudaram esta problemática, nomeadamente: o de Drolet (1990), que reportou uma relação negativa entre a ansiedade perante a morte e o nível de sentido de vida, o de Wong et al (1994) que constataram que as atitudes negativas face à morte emergiriam da dificuldade do indivíduo em encontrar um significado pessoal e objectivos para a sua vida, o de Abdel-Khalek (2005) que referem que quanto mais elevado o significado de vida e de realização pessoal, mais baixos são os valores relativos a atitudes negativas face à morte.

A aceitação de escape pode ser uma resposta adaptativa quando a vida é sentida como plena de dificuldades, sobretudo quando as pessoas estão a viver momentos de maior sofrimento ou com dor e quando existem poucas possibilidades de alívio. A aceitação de escape vê a morte como uma possibilidade de alívio numa vida que é sentida como menos boa. Segundo Wong et al (1994) as pessoas que apresentam esta atitude perante

a morte já não conseguem lidar de uma forma eficaz com a dor e com os problemas. Estando os profissionais de saúde expostos continuamente ao sofrimento e dor dos seus pacientes, torna-se necessariamente mais importante que possam apresentar valores menos elevados de Aceitação de escape para conseguir lidar melhor com a realidade que os cuidados em final de vida apresentam. No estudo de Reker e Wong (1984) é também esta a escala que mais fortemente e de forma negativa se correlaciona com o bem-estar percebido de uma forma global pelo indivíduo.

As restantes hipóteses decorrentes do trabalho de Wong et al (1994) não foram corroboradas. Esta falta de suporte empírico afectou os possíveis benefícios psicológicos decorrentes de atitudes positivas face à morte.

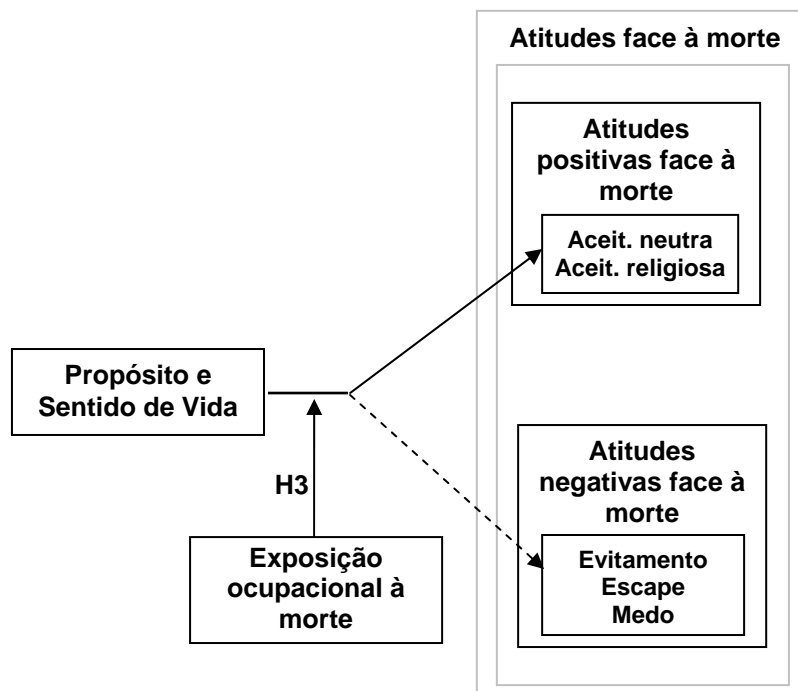
A aceitação neutra poderia surgir associada ao propósito de vida (corroborando os resultados encontrados por Wong et al, 1994) mas neste caso pensamos, que tendo em conta a natureza dos itens e a natureza da formação transversal a todos os profissionais de saúde, possa ser expectável um efeito uniformizador decorrente da formação base semelhante entre os respondentes como indicia a menor amplitude na escala de resposta..

De igual forma os resultados não convergem com os encontrados por Durlak (1972) que reportou que os indivíduos com maior significado de vida tendiam a apresentar atitudes mais positivas face à morte nem o reportados por Reznikoff (1985) que constatou que pessoas com baixo significado de vida apresentavam níveis mais elevados de atitudes negativas perante a morte. Em ambos os casos, o sentido de vida foi operacionalizado por intermédio do PIL mas a medida das atitudes não usou o DAP-R pelo que as divergências poderão encontrar aqui a sua provável causa.

### TESTE DA HIPÓTESE 3: PAPEL MODERADOR DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À MORTE

**H3: O grau de exposição ocupacional à morte modera a relação entre o propósito / sentido de vida e as atitudes face à morte.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:



H3a: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação neutra** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3b: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação religiosa** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3c: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e o **evitamento da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3d: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e o **medo da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H3e: Maiores graus de exposição ocupacional à morte intensificam a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação de escape** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

**Quadro 23 – Associação entre a interação PILxTaxa de mortalidade e os factores do DAP-R**

			Aceitação religiosa	Evitamento da morte	Medo da morte	Aceitação de escape	Aceitação neutra
		$\beta$				-.321	
PIL Total		t	n.s.	n.s.	n.s.	-5.637***	n.s.
		$R^2_{aj}$				10.0%	
		$\beta$			-.296		
PIL total x	Baixa mortalidade	t	n.s.	n.s.	-2.279*	n.s.	n.s.
		$R^2_{aj}$			7.1%		
		$\beta$	.193			-.313	
PIL Total x	Média mortalidade	t	2.458*	n.s.	n.s.	-4.136***	n.s.
		$R^2_{aj}$	3.1%			9.3%	
		$\beta$				-.395	
Pil Total x	Alta mortalidade	t	n.s.	n.s.	n.s.	-3.386***	n.s.
		$R^2_{aj}$				14.2%	

\*\*\* $p \leq .001$     \*\* $p \leq .01$     \* $p \leq .05$

Constatam-se (Quadro 23) alguns dos efeitos de moderação previstos nas hipóteses. O efeito principal entre o propósito/sentido de vida e a aceitação de escape sofre uma anulação, conforme previsto, no grupo exposto a baixa mortalidade. A variância explicada tende a aumentar com o grau de exposição ocupacional à morte. Os coeficientes de regressão standardizados encontrados foram comparados no sentido de averiguar se diferem estatisticamente para um intervalo de confiança de 95% seguindo os procedimentos recomendados por Cohen e Cohen (1983). Assim, a estatística encontrada indicou que os betas das condições moderada e alta mortalidade não diferem de forma estatisticamente significativa entre si ( $Z=0.62$ ).

Noutros casos (aceitação religiosa e medo da morte) ocorreu uma aparente intensificação oposta à hipotetizada. Ou seja, a relação entre o propósito/sentido de vida e a aceitação religiosa tornou-se estatisticamente significativa para o grupo exposto de forma moderada à morte. Porém, da comparação dos coeficientes de regressão (beta nulo para os casos de inexistência de relação estatisticamente significativa) resultou uma estatística ( $Z=1.30$ ) que indica que a diferença entre os betas não tem magnitude suficiente para ser considerada estatisticamente significativa para um nível de confiança de 95%. Logo, não se pode considerar que haja efeito de interação.

Já no caso da relação entre o propósito/sentido de vida e o medo da morte para o grupo com baixa exposição ocupacional à morte a magnitude do efeito de interação encontrada é estatisticamente significativa ( $z=3.05$ ), pelo que se pode afirmar que há um efeito de interação entre as variáveis em estudo para este caso.

A hipótese 3 foi parcialmente corroborada. A associação entre o propósito/sentido de vida e a aceitação de escape é anulada quando em situação de baixa exposição ocupacional à morte e mantém-se quando em situação de moderada e elevada exposição. Para a relação com o medo da morte, ocorre um efeito de moderação e com valores de beta coerentes com o teorizado. Todos os restantes casos revelam um papel moderador inexistente ou insuficiente para ser considerado estatisticamente significativo.

Discussão de Resultados: Vachon (1987) constatou que havia, regra geral, uma forte motivação pessoal, ou propósito pessoal de vida, associado à escolha da área profissional com maior exposição à morte e que esta poderia influenciar as atitudes individuais perante a morte embora a autora não tenha avançado com o sentido exacto em que esta relação ocorreria. Já o estudo de Brockup, King e Hamilton (1991) vem clarificar o sentido desta relação corroborando a intuição de Vachon (1987) de que o grau de exposição à morte está associado a um padrão de atitudes perante a morte mais positivo por parte de profissionais de saúde

Os resultados encontrados no presente estudo convergem parcialmente com os referidos pois quando o grau de exposição à morte aumenta (moderada ou elevada) a relação entre o propósito/sentido de vida e a aceitação de escape (uma atitude negativa) diminui. Ainda que com resultados de fraca intensidade, torna-se interessante constatar que em graus de exposição baixa possam existir efeitos entre o aumento do propósito/sentido de vida e diminuição do medo da morte (uma atitude negativa) e com um coeficiente de regressão negativo, tal como esperado.

Para o caso da aceitação religiosa, os resultados para a condição “mortalidade média” são estatisticamente significativos quando considerados per se, mas insuficientes para contrastar significativamente e assim, informar da existência de um efeito de interacção. Esta situação não deixa, porém, de ser interessante pois esta atitude está amplamente referida na revisão de literatura como um mecanismo adaptativo face ao contacto com a morte (Feifel e Branscomb, 1973; Feifel e Nagy, 1981; Rigdon e Epting, 1985 e Thorson e Powel, 1990). Pode ocorrer que a dimensão da amostra, por se tornar modesta quando fragmentámos por grau de exposição à morte ( $n_1=56$ ,  $n_2=154$ ,  $n_3=64$ ), condicione a estatística de teste de Cohen e Cohen (1983). Só um estudo de maior amplitude demográfica poderá esclarecer esta questão. Para já, fica a dúvida.

Estes resultados podem ser particularmente relevantes uma vez que estudos como o de Rooda, Clements e Jordan (1999) demonstram que a presença de atitudes negativas perante a morte, em profissionais que trabalham continuamente em cenários de



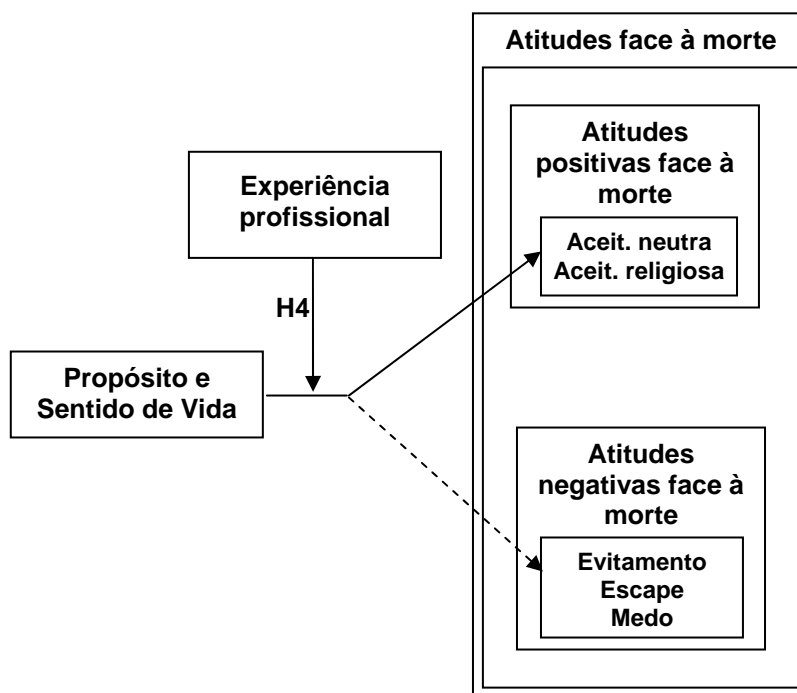
elevada exposição à morte, afectam negativamente as suas atitudes perante os pacientes em fase final de vida, bem como o modo como comunicam com os mesmos.

É ainda interessante a constatação de que a dimensão do efeito para a aceitação de escape se mantém inalterada para a condição “moderada mortalidade” versus “elevada mortalidade”. Tal significa que basta uma moderada exposição à mortalidade para os efeitos se fazerem sentir com a mesma intensidade, como se fosse elevada.

## TESTE DA HIPÓTESE 4: PAPEL MODERADOR DA EXPERIÊNCIA PROFISSIONAL

**H4: A experiência profissional modera a relação entre o propósito/sentido de vida e as atitudes face à morte.**

Especificamente, e apenas para o segmento da amostra constituído por profissionais experientes, esperamos encontrar as seguintes relações:



H4a: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação neutra** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4b: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação religiosa** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4c: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e o **evitamento da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4d: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e o **medo da morte** mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

H4e: Maior experiência profissional intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **aceitação de escape** da morte mas em situação de baixa exposição à morte, esta relação é diminuída ou mesmo anulada.

**Quadro 24 – Efeito moderador da experiência profissional na interacção entre o PIL e o DAP-R**

	Aceitação religiosa		Evitamento da morte		Medo da morte		Aceitação de escape		Aceitação neutra	
	B (Se)	$\beta$	B (Se)	$\beta$	B (Se)	$\beta$	B (Se)	$\beta$	B (Se)	$\beta$
Passo 1: Preditores										
Propósito/sentido de vida	n.s.		n.s.		n.s.		-.300 (.095)	-.302**	n.s.	
Passo 2: adicionar moderadores										
Experiência profissional	n.s.		.260 (.088)	.287**	n.s.		.197 (.092)	.201*	n.s.	
Passo 3: adicionar interacções										
PIL x Exp. Profissional	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
$\Delta R^2$ (passo 1)	n.s.		n.s.		n.s.		.091**		n.s.	
$\Delta R^2$ (passo 2)	n.s.		.092**		n.s.		.040*		n.s.	
$\Delta R^2$ (passo 3)	n.s.		n.s.		n.s.		n.s.		n.s.	
$R^2_{aj}$			7.6%				10.6%			

\*\*\* $p \leq .001$  \*\* $p \leq .01$  \* $p \leq .05$

Os resultados (Quadro 24) indicam que a experiência profissional não moderadora a relação entre o propósito / sentido de vida e qualquer uma das atitudes face à morte.

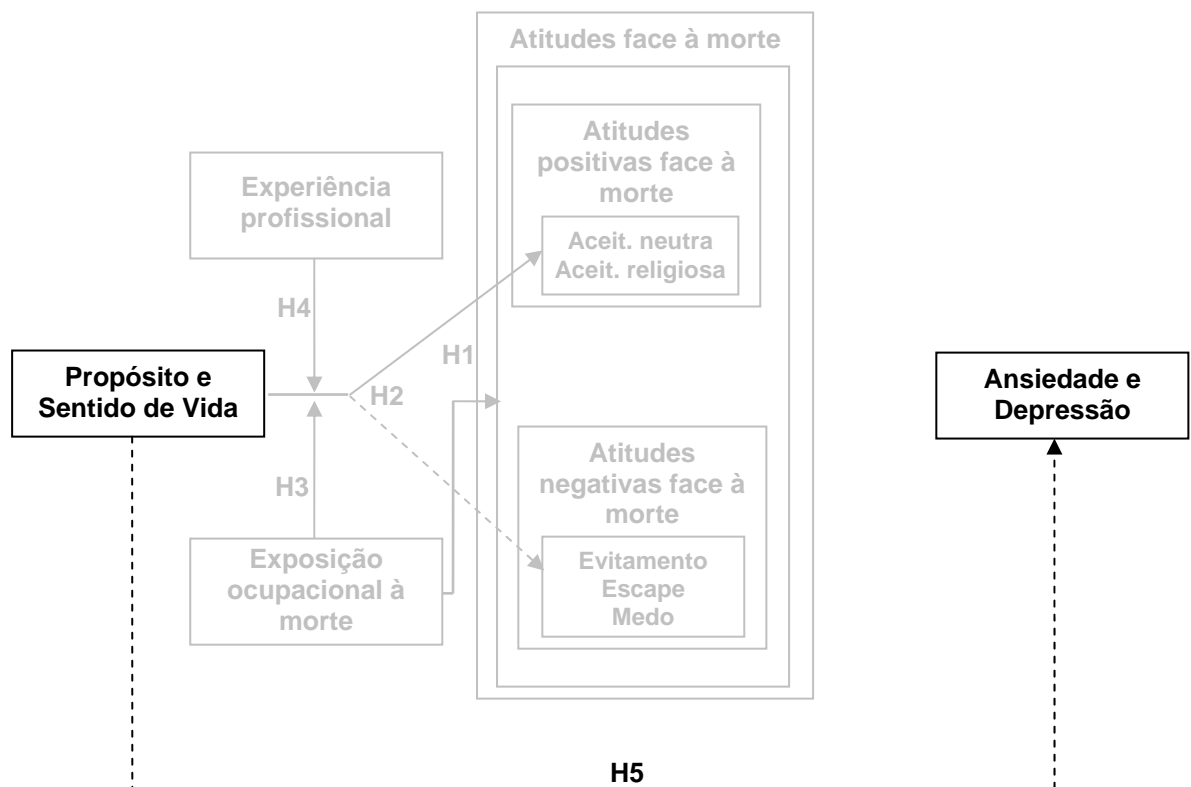
Discussão: Os resultados encontrados não convergem com os resultados de alguns estudos tais como o de Lester (1972) que encontrou correlações significativas e negativas entre os valores de medo da morte e o número de anos de experiência profissional em enfermeiros, o de Dunk et al (2005) que constatou que o tempo de

exercício profissional era um dos melhores preditores das atitudes positivas face à morte e o de Chen et al (2006) que verificou que as atitudes negativas face à morte tendiam a aumentar com a experiência profissional. No entanto constatamos que todos os estudos mencionados foram realizados apenas com enfermeiros e que a heterogeneidade da presente amostra pode não apresentar características que possam ser comparadas linearmente. Para controlar o efeito “area ocupacional” replicámos as análises restringindo-as apenas aos enfermeiros (n=60). Os resultados desta análise não convergiram com quaisquer destes resultados.

## TESTE DA HIPÓTESE 5: PROPÓSITO DE VIDA E ANSIEDADE/DEPRESSÃO

**H5: Quanto mais elevado o Propósito / Sentido de Vida, mais reduzidos os níveis de ansiedade e depressão.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:



H5a: Quanto mais elevado o propósito / sentido de vida, menor o nível de ansiedade.

H5b: Quanto mais elevado o propósito / sentido de vida, menor o nível de depressão.

**Quadro 25 – Interação entre o PIL e a HADS**

		Ansiedade	Depressão
PIL_ Total	$\beta$	-.313	-.502
	t	-5.494***	-9.649***
	$R^2_{aj}$	9.5%	25.0%
***p≤.001    **p≤.01    *p≤.05			

A H5 foi corroborada (Quadro 25) para ambos os casos. Os resultados revelam uma associação estatisticamente significativa entre o propósito e sentido de vida e os valores de ansiedade e depressão, sobretudo com esta última de tal forma que quanto maior o propósito e sentido de vida, menores os níveis reportados de ansiedade e depressão.

Discussão de resultados: Os resultados encontrados vão ao encontro dos observados por diversas linhas de investigação nesta área.

Pioneiro neste tema, Frankl (1985) afirmava que a falta de sentido de vida constitui um elemento potencialmente patogénico no que respeita a saúde mental. A confirmar a sua intuição clínica outros estudos como os desenvolvidos por Crumbaugh e Maholik (1964), Crumbaugh (1968) e Moomal (1999), constataram que os valores de propósito /sentido de vida mensurados pelo PIL, diferenciam significativamente populações que sofrem de perturbações psicológicas e psiquiátricas de populações que não apresentam estas perturbações. Para Chamberlain e Zika (1992) valores mais baixos de sentido de vida reflectem-se num agravamento de todos os aspectos do funcionamento psicológico.

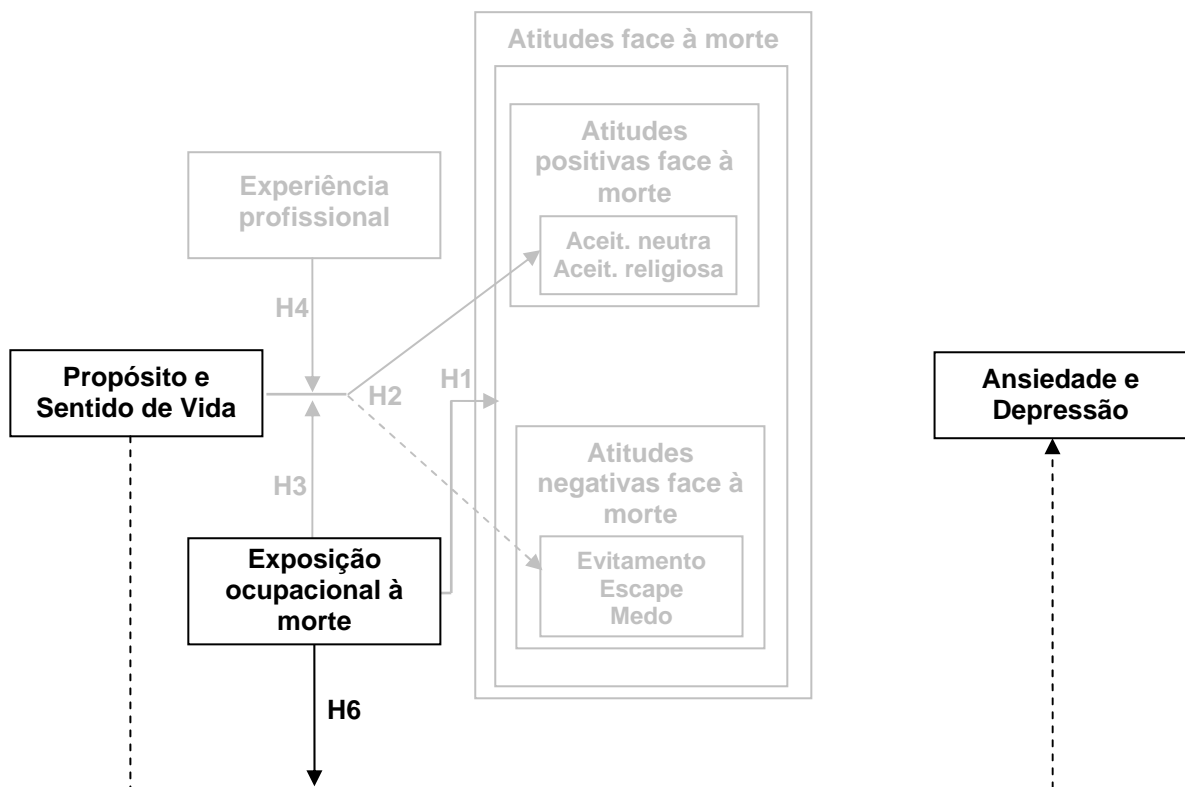
Phillips (1980) e Klass (1998) verificaram uma diminuição dos valores globais do PIL na presença de quadros depressivos e Dick (1987) chegou a considerar o PIL como uma medida indirecta de depressão, tal era a relação próxima entre os valores obtidos no mesmo e os valores clínicos dessa perturbação psicológica.

Neste estudo é igualmente a depressão a que mais significativamente se correlaciona com valores diminuídos no PIL.

## TESTE DA HIPÓTESE 6: PAPEL MODERADOR 2 DA EXPOSIÇÃO OCUPACIONAL À MORTE

**H6: A exposição ocupacional à morte modera a relação entre o propósito/sentido de vida e a ansiedade e depressão.**

Especificamente, e apenas para o segmento da amostra constituído por profissionais experientes, esperamos encontrar as seguintes relações:



H6a: Maior exposição ocupacional à morte intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **ansiedade**.

H6b: Maior exposição ocupacional à morte intensifica a relação entre o propósito e sentido de vida e a **depressão**.



**Quadro 26 – Efeito Moderador do Grau de exposição à morte na Interação entre o PIL e o HADS**

			Ansiedade	Depressão
		$\beta$	-.306	-.520
Pil Total		t	-5.363***	-10.146***
		$R^2_{aj}$	9%	26.8%
		$\beta$	-.337	-.468
Pil Total x	Baixa mortalidade (n=56)	t	-2.635*	-3.856***
		$R^2_{aj}$	9.7%	20.4%
		$\beta$	-.223	-.463
Pil Total x	Média mortalidade (n=159)	t	-2.869**	-6.540***
		$R^2_{aj}$	4.4%	20.9%
		$\beta$	-.485	-.603
Pil Total x	Alta mortalidade (n=64)	t	-4.363***	-5.953***
		$R^2_{aj}$	22.3%	35.3%

\*\*\*p≤.001    \*\*p≤.01    \*p≤.05

As associações mantêm-se sempre estatisticamente significativas mas os coeficientes de regressão standardizados diferem entre si de forma significativa apenas para o caso da ansiedade e o propósito de vida nas condições média mortalidade versus alta mortalidade (Z=2.00).

No sentido de identificar se as áreas ocupacionais que se inscrevem em cada nível de exposição ocupacional à morte seguem um padrão consistente procedemos à análise por área ocupacional para os níveis de ansiedade e depressão.

A hipótese relativa à ansiedade (H6a) encontra corroboração parcial nos resultados embora a hipótese relativa à depressão (H6b) não (Quadro 26).

No caso da interacção encontrada (Quadro 26) entre o grau de exposição ocupacional à morte e o sentido de vida na previsão da ansiedade, surpreende que a interacção ocorra entre os níveis “média mortalidade” e “alta mortalidade” e não entre “baixa mortalidade” e “alta mortalidade”, como seria de esperar. Porém, tal pode significar que existem diferenças profundas nas dinâmicas das áreas que embora aproximem nos resultados as áreas de baixa e alta exposição, provavelmente não partilham os processos de mobilização do sentido. De todo o modo, é importante notar como o sentido de vida assume um papel central à medida que a exposição à morte aumenta pois a variância explicada mais que duplica para 22% na condição de alta mortalidade. O padrão associativo mantém-se permanentemente no sentido negativo com um maior sentido de vida associado a menor ansiedade.

**Quadro 27 – Interacção entre o grau de exposição ocupacional à morte e o sentido de vida na previsão da ansiedade, por grupo ocupacional**

		Ansiedade							
		Análises clínicas	Cardio – pneumologia	Fisioterapia	Enfermagem	Centros de saúde	Medicina interna	Oncologia	Cuidados paliativos
	T.M.	Baixa	Média	Média	Média	Baixa	Média	Alta	Alta
PIL total	$\beta$							<b>-.757</b>	<b>-.714</b>
	t	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.s.	n.a. (n=15)	<b>-3.274*</b>	<b>-4.330***</b>
	$R^2_{aj}$							<b>51.9%</b>	<b>48.3%</b>

\*\*\*p≤.001

\*\*p≤.01

\*p≤.05

n.s. = não significativo

n.a. = não aplicável

**Quadro 28 – Interação entre o grau de exposição ocupacional à morte e o sentido de vida na previsão da depressão, por grupo ocupacional**

		Depressão							
		Análises clínicas	Cardio – pneumologia	Fisioterapia	Enfermagem	Centros de saúde	Medicina interna	Oncologia	Cuidados paliativos
		T.M.	Baixa	Média	Média	Baixa	Média	Alta	Alta
PIL total	$\beta$	-.471	-.704	-.342		-.453		-.675	-.533
	t	-2.875**	-5.953***	-2.869**	n.s.	-2.384*	n.a.	-2.625***	-3.332**
	$R^2_{aj}$	19.5%	48.2%	10.3%		16.9%		39.6%	25.8%
***p≤.001		**p≤.01	*p≤.05	n.s. = não significativo		n.a. = não aplicável			

Quando segmentados por áreas ocupacionais (Quadro 27 e Quadro 28) , os resultados mostram claramente o quão importante é o sentido de vida para os profissionais que trabalham em Oncologia e nos Cuidados Paliativos com níveis de variância explicada surpreendentemente elevados (51.9% e 48.3%, respectivamente). Ao agregar as áreas por exposição à mortalidade (Quadro 26) dissolveram-se provavelmente algumas características que assim se tornam patentes.

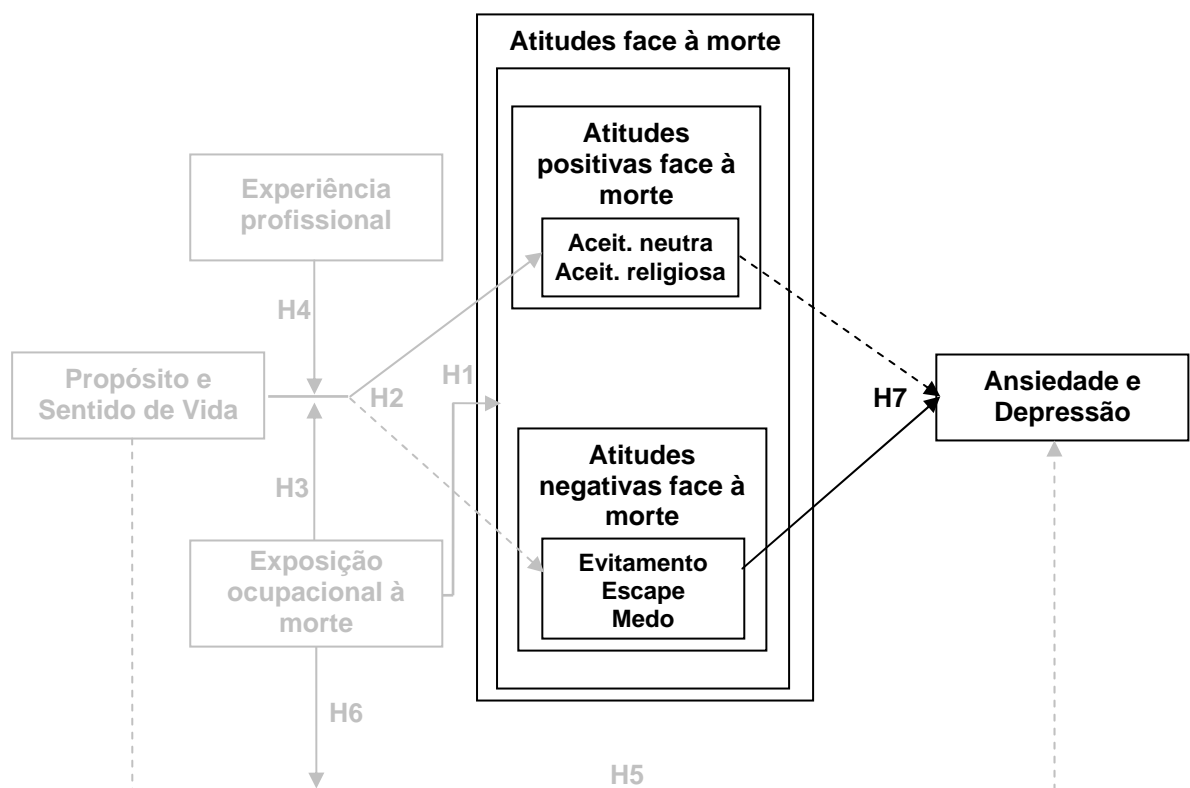
A inexistência de uma interacção estatisticamente significativa entre a exposição à morte e o sentido de vida na previsão do grau de depressão, mostra que o efeito principal do sentido de vida, com elevada variância explicada, é sempre forte e insensível a factores contextuais afirmando-se como um factor protector para qualquer profissional de saúde nas áreas ocupacionais estudadas. Tal como no caso da previsão da ansiedade, o nível elevado de variância explicada (sobretudo no caso da condição “alta exposição” em que ultrapassa os 35%) reforça a centralidade desta variável enquanto factor protector. O caso da cardio-pneumologia é surpreendente porque se trata de uma área ocupacional cuja exposição à morte é mediada pela tecnologia. Porém, a natureza relativamente pouco experiente dos profissionais de saúde que caíram neste grupo em interacção com as experiências a que são expostos pode ajudar a explicar estes resultados.

Discussão de Resultados: À semelhança do discutido para as hipóteses 5a e 5b, constata-se a centralidade do constructo medido pelo PIL na manutenção do equilíbrio psicológico, sobretudo se os profissionais de saúde estiverem em contextos de exposição mais elevada à morte, como sublinhado por Maslach e Jackson (1982), Vachon (1987, 2005) e Sabo (2006). Nos dados apresentados por Whippen e Canellos (1991), Schaufelli et al (1995) e Tucunduva et al (2006), todos os autores referem níveis baixos de sentido de vida e realização pessoal associados à exposição ocupacional e persistente à morte. Nos estudos de Artiss e Levine (1973), Lyall et al (1976), Feldstein e Gemma (1995), Revicki e Whitley (1995) e Redingbaugh et al (2001) todos os resultados encontrados associam sintomas de sofrimento psicológico e perda de sentido de vida às experiências de morte a que estão expostos ocupacionalmente. Os resultados agora encontrados permitem-nos compreender a importância do propósito/sentido de vida como factor crucial na protecção psicológica do profissional de saúde com níveis mais elevados de exposição ocupacional à morte.

## TESTE DA HIPÓTESE 7: ATITUDES FACE À MORTE E ANSIEDADE/DEPRESSÃO

**H7:** Quanto mais elevadas as atitudes positivas face à morte mais reduzidos serão os níveis de ansiedade e depressão enquanto que quanto mais elevadas as atitudes negativas face à morte, maiores os níveis de ansiedade e depressão reportados.

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:



**H7a:** Quanto mais elevada a **aceitação neutra** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

**H7b:** Quanto mais elevada a **aceitação neutra** da morte, menor o nível de **depressão**.

**H7c:** Quanto mais elevada a **aceitação religiosa** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7d: Quanto mais elevada a **aceitação religiosa** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7e: Quanto mais elevado o **evitamento** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7f: Quanto mais elevado o **evitamento** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7g: Quanto mais elevada a **aceitação de escape** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7h: Quanto mais elevada a **aceitação de escape** da morte, menor o nível de **depressão**.

H7i: Quanto mais elevado o **medo** da morte, menor o nível de **ansiedade**.

H7j: Quanto mais elevado o **medo** da morte, menor o nível de **depressão**.

**Quadro 29 – Associação da ansiedade e depressão aos factores do DAP-R**

		Ansiedade	Depressão
Aceitação neutra	$\beta$		
	t	n.s.	n.s.
Aceitação religiosa	$\beta$		
	t	n.s.	n.s.
Evitamento da morte	$\beta$	-.133	
	t	-2.318*	n.s.
Aceitação de escape	$\beta$	.177	.297
	t	3.074**	5.182***
Medo da morte	$\beta$	.182	
	t	3.157**	n.s.
	$R^2_{aj}$	7.2%	8.5%

\*\*\* $p \leq .001$     \*\* $p \leq .01$     \* $p \leq .05$

A título exploratório optámos por testar (Quadro 30) um eventual efeito moderador da exposição ocupacional à morte que revelou os seguintes resultados.

**Quadro 30 – Efeito moderador da exposição ocupacional à morte na ansiedade e depressão**

		Ansiedade			Depressão		
		Baixa taxa de mortalidade	Moderada taxa de mortalidade	Elevada taxa de mortalidade	Baixa taxa de mortalidade	Moderada taxa de mortalidade	Elevada taxa de mortalidade
Aceitação religiosa	$\beta$						
	t						
Evitamento da morte	$\beta$		-.260				
	t		-3.499**				
Medo da morte	$\beta$		.252				
	t		3.390**				
Aceitação de escape	$\beta$			.410		.319	.419
	t			3.537**		4.238***	3.632**
Aceitação neutra	$\beta$						
	t						
$R^2_{aj}$			11.6%	15.4%		9.6%	16.2%

De assinalar que entre as duas áreas de elevada exposição ocupacional à morte, apenas nos cuidados paliativos a aceitação de escape constitui um elemento vulnerabilizador (Beta=.513,  $p < .01$ ) que, junto com a aceitação religiosa (Beta=.387,  $p < .05$ ) explica 42.6% da variância total da ansiedade.

Os resultados relativos à associação entre as atitudes face à morte e a depressão merecem exposição pormenorizada em tabela, pois as variâncias explicadas são francamente maiores do que as que um modelo de relação directa possibilita (Quadro 31)<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> Por razões de parcimónia apenas as áreas ocupacionais que revelaram associações estatisticamente significativas e em que foi possível aplicar a análise de regressão linear múltipla (os dados permitem observar os critérios de aplicabilidade da MRLS explícitos em Pestana e Gageiro, 2005) são mostradas.

**Quadro 31 – Regressão das atitudes face à morte na depressão por área ocupacional**

		Depressão		
		Cardio –pneumologia	Enfermagem	Cuidados paliativos
Aceitação neutra	$\beta$			
	t	n.s.	n.s.	n.s.
Aceitação religiosa	$\beta$		.417	
	t	n.s.	2.914**	n.s.
Evitamento da morte	$\beta$		-.483	
	t	n.s.	-3.373**	n.s.
Aceitação de escape	$\beta$	.493		.568
	t	3.398**	n.s.	3.650**
Medo da morte	B			
	t	n.s.	n.s.	n.s.
$R^2_{aj}$		22.2%	24.3%	29.8%

\*\*\* $p \leq .001$     \*\* $p \leq .01$     \* $p \leq .05$

Discussão de Resultados: As hipóteses previstas foram parcialmente corroboradas uma vez que são as atitudes “Medo da Morte” e “Aceitação de Escape” as que revelam associação significativa a valores mais elevados de ansiedade e depressão. Estes resultados são semelhantes aos de Conte et al (1982), Howels e Fields (1982), Loneto e Templer (1986) e Westman e Brackney (1990), que encontraram valores mais elevados de depressão e de ansiedade associados quando os indivíduos apresentavam atitudes negativas mais acentuadas perante a morte.



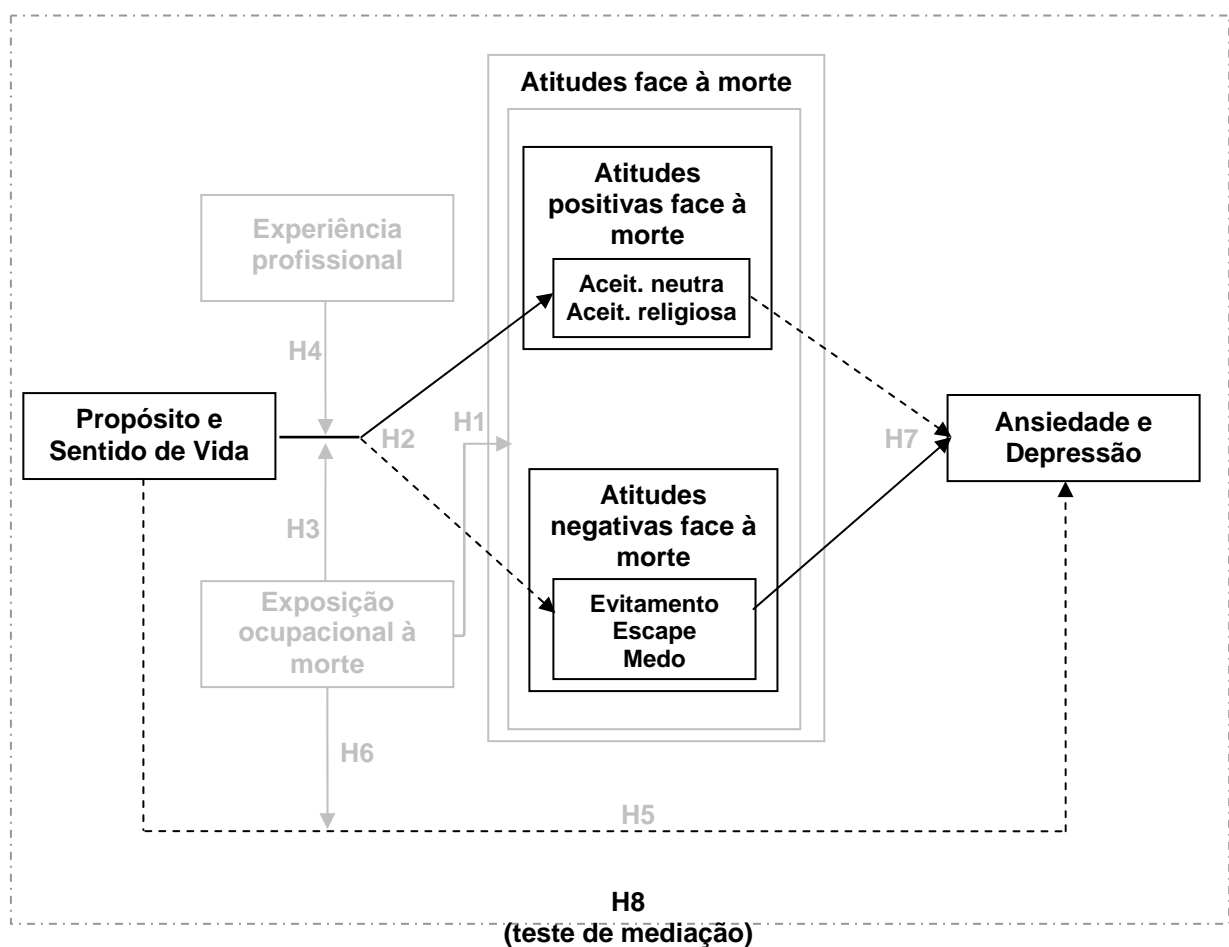
Reker e Wong (1984) usando experimentalmente o DAP constataram que a aceitação de escape apresentava uma correlação negativa e significativa com os níveis de bem-estar percebido. Os níveis de aceitação de escape também se acentuam em pessoas que estão doentes há muito tempo e para as quais a ideia da morte surge como uma libertação apelativa. Pensamos que no caso específico dos profissionais de saúde, com graus de exposição moderada ou elevada à morte, a aceitação de escape surge da incapacidade sentida pelos mesmos em reverter a situação ou proporcionar um alívio eficaz e prolongado dos sintomas e desta forma pode associar-se a sofrimento psicológico.

O grupo de enfermeiros recém-licenciados apresentou características diferenciadoras relativamente às atitudes preditoras de níveis de depressão. Curiosamente, níveis mais elevados de Aceitação Religiosa, ao invés de proporcionar uma redução da depressão como sugerido por alguns autores (e.g. Wong et al. 1994; Van Ransst e Malcoen, 2000), acentuam-na. Os níveis mais elevados de Evitamento da Morte ao invés de aumentarem os valores de depressão, tal como hipotetizado por Wong et al (1994) e por nós, parecem actuar como um mecanismo protector e traduzir-se numa diminuição da sua expressão. Estes aspectos apontam para um factor importante a ter em conta, especificamente nos enfermeiros recém-licenciados, suscitando a dúvida se o seu processo de formação estará ou não a contribuir de modo globalmente positivo para a forma como irão lidar com os pacientes em fase final de vida e com a morte, nos seus futuros contextos profissionais.

## TESTE DA HIPÓTESE 8: PAPEL MEDIADOR DAS ATITUDES FACE À MORTE

**H8: As atitudes face à morte operam como variável mediadora na relação entre o propósito e sentido de vida e os níveis de ansiedade e depressão.**

Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:



Conforme explicado na derivação do modelo de análise, as subhipóteses não foram explicitadas. Correspondem às combinações formadas entre “propósito e sentido de vida” x “tipo de atitude face à morte” x “ansiedade-depressão” acrescidas da possibilidade de se tratar de uma mediação total versus parcial.

Parecendo-nos todas possíveis, passamos ao seu teste empírico através do procedimento de Baron e Kenny (1986). Tomando em consideração os alertas de Frazier, Tix e Barron (2004) relativos às condições em que este procedimento pode gerar baixo poder de teste optámos, face à dimensão amostral, por aplicá-lo.

Assim, e representando a variável independente (propósito / sentido de vida), a mediadora (atitudes face à morte) e a dependente (ansiedade e depressão) por A, B e C, sabemos que há um efeito mediador quando:

- 1) A está associada a B.
- 2) A está associada a C.
- 3) B está associada a C.
- 4) A associação entre A e C é menor ou nula quando na presença de B.

Do teste da hipótese 2 sabemos que a única associação estatisticamente significativa encontrada entre o propósito / sentido de vida e qualquer uma das atitudes face à morte respeita o par propósito / sentido de vida + aceitação de escape. Portanto, a ausência de associação estatisticamente significativa entre o propósito / sentido de vida e as restantes atitudes face à morte (aceitação neutra, aceitação religiosa, evitamento e medo da morte) impede a continuação do teste de mediação com estas por incumprimento do primeiro requisito do teste de mediação (A associada a B).

Do teste da hipótese 5 sabemos que há associação estatisticamente significativa entre A e C quer no caso da ansiedade quer no da depressão e que os valores dos coeficientes de regressão standardizados e variância explicada são, respectivamente  $\beta = -.313$  para 9.5% ( $R^2_{aj}$ ) e  $\beta = -.502$  para 25.0% ( $R^2_{aj}$ ). Portanto, o segundo requisito está cumprido para ambas as variáveis. Portanto, e apenas para o caso da aceitação de escape, é possível avançar para o terceiro momento de teste da mediação.

Do teste da hipótese 7 sabemos que a associação entre a aceitação de escape e a ansiedade e depressão se verifica a jusante no modelo, correspondendo ao cumprimento do terceiro requisito (B associado a C).

Quando se introduz a aceitação de escape na equação de regressão entre A e C, o beta do propósito / sentido de vida para a ansiedade reduz de magnitude de -.313 para -.285 e com uma variância explicada de 9.9% ( $R^2_{aj}$ ).

Para o caso da medida da depressão, o beta do propósito / sentido de vida reduz de magnitude de -.502 para -.452 e com uma variância explicada de 26.8% ( $R^2_{aj}$ ).

A associação entre A e C manteve-se significativa para ambos os casos (ansiedade e depressão) pelo que qualquer mediação, a existir, é parcial.

Para verificar se a diminuição observada pode ser considerada suficientemente forte para afirmarmos estar na presença de uma mediação, recorremos ao teste de Sobel (1982). Para o teste de mediação exercida pela aceitação de escape entre o propósito / sentido de vida e a ansiedade, o teste de Sobel devolveu um valor não significativo (-1.422,  $p < .155$ ).

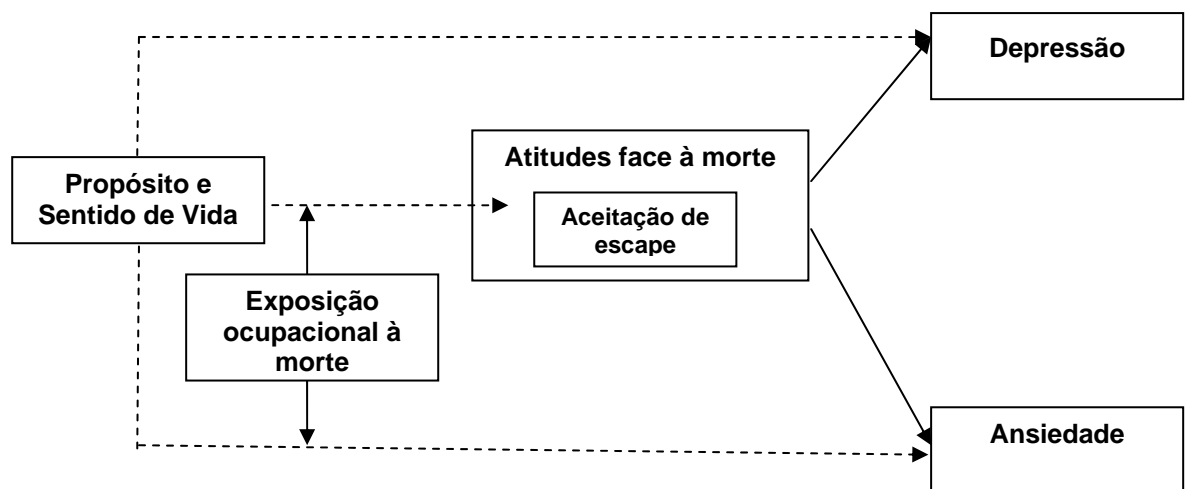
No caso da mediação para a depressão, a estatística do teste de Sobel (4.819) é significativa para  $p < .001$ . Aplicando o método de cálculo de Frazier, Tix e Barron (2004), a percentagem calculada de variância devida ao efeito indirecto (que passa pela aceitação de escape) é de 15.8%.

Podemos, portanto, concluir que a aceitação de escape opera como mediadora parcial na relação entre o propósito / sentido de vida e a depressão com uma variância devida ao efeito de mediação de aproximadamente 16%. Porém, a relação entre o propósito /

sentido de vida e os níveis de ansiedade é exercida de forma directa sem que a aceitação de escape desempenhe qualquer papel mediador.

Os resultados dos testes de hipótese permitem-nos reformular o modelo de análise ajustando-o às evidências empíricas. Especificamente, esperamos encontrar as seguintes relações:

**Figura 15 – Modelo de análise reformulado**



#### **7.4 Teste de hipóteses complementares**

Para além das hipóteses derivadas do modelo de análise, anteriormente apresentado, optámos por realizar alguns testes estatísticos complementares. Estes, embora não estejam previstos no modelo global, correspondem a linhas de investigação já desenvolvidas por outros investigadores, com profissionais de saúde no que respeita as suas atitudes perante a morte. Por este motivo pensamos que se pode revestir de algum interesse verificar se são ou não replicáveis com esta amostra, ainda que os testes

estatísticos aplicados se tornem mais limitados face à menor dimensão das amostras em causa.

Especificamente e tendo em conta e os estudos realizados por Maslach e Jackson (1982), Cooper e Mitchel (1990), Alexander e Macleod (1992), Field (1998), Kuuppelomaki e Lauri (1998), Cardoso et al (2003), e Velgaard e Addington-Hall (2005), quisemos explorar as seguintes hipóteses que denominamos de HC1 (hipótese complementar 1) e HC2 (hipótese complementar 2):

**HC1: Médicos e enfermeiros experientes diferem significativamente entre si, ao nível do propósito e sentido de vida, das atitudes perante a morte, e dos valores de ansiedade e depressão.**

**HC2: Médicos e enfermeiros experientes diferem significativamente entre si, ao nível das atitudes perante a morte, quando em contexto de maior grau de exposição ocupacional à morte.**

A amostra recolhida compreende 42 médicos e 60 enfermeiros, todos profissionais experientes, sendo que os valores obtidos para as variáveis sociodemográficas relevantes são os que constam na Quadro 32.

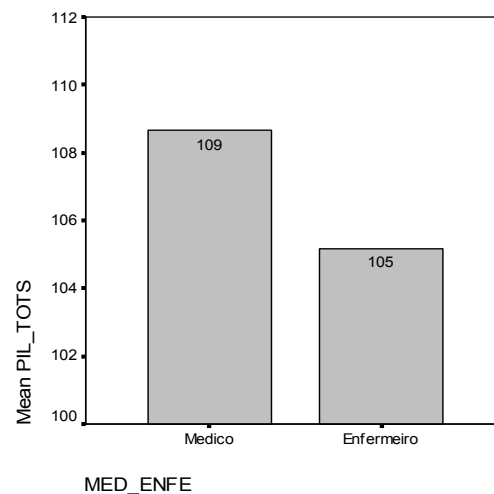
**Quadro 32 – Caracterização sociodemográfica médicos e enfermeiros**

	Area Ocupacional				n Total	Sexo (% feminino)	Idade média	Antiguidade
	Centros Saúde	Med. Interna	Oncologia	C. Paliativos				
Medico	45.2%	19.0%	23.8%	11.9%	42	73.8%	45.6	19.4
Enfermeiro	8.3%	11.7%	40.0%	40.0%	60	86.7%	36.8	13.6
Total / testes de significância	23.5%	14.7%	33.3%	28.4%	102	$X^2=2.694,$ $p>.05$	$t=4.579.$ $p<.05$	$t=3.044,$ $p<.05$

### Teste da HC1:

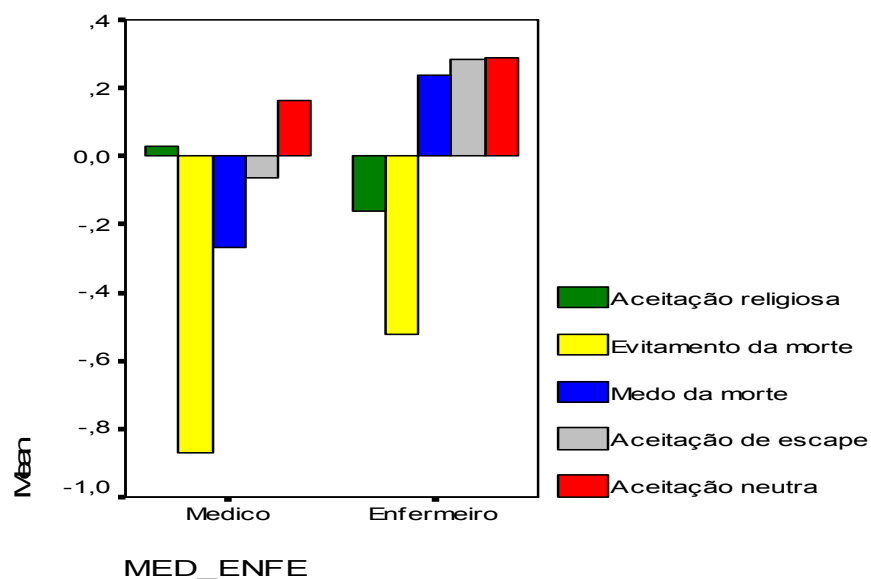
Quando se comparam globalmente médicos com enfermeiros experientes, encontram-se os seguintes perfis de respostas no PIL, DAP-R e HADS

**Figura 16 – Valores médios do PIL em médicos e enfermeiros experientes**



Os médicos reportam um nível médio do sentido de vida superior mas não significativamente diferente do obtido globalmente pelos enfermeiros [ $F(1, 100)=1.755$ ,  $p=.188$ ].

**Figura 17 – Atitudes perante a morte em médicos e enfermeiros experientes**

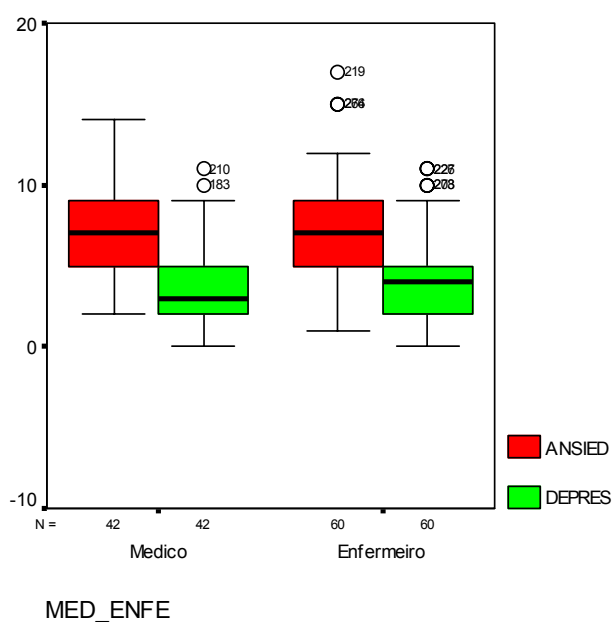


Os enfermeiros reportam (Figura 17 e Quadro 33) níveis médios de Medo da Morte (média= 3.6) superiores aos dos médicos (média=4.4) e  $F(1, 100)=6.362$  para um  $p=.014$  sendo esta a única diferença estatisticamente significativa encontrada.

**Quadro 33 – Diferenças atitudinais face à morte entre médicos e enfermeiros experientes**

	ANOVA	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
Aceitação religiosa	Between Groups	,884	1	,884	,659	,419
	Within Groups	134,238	100	1,342		
	Total	135,122	101			
Evitamento da morte	Between Groups	2,994	1	2,994	3,751	,056
	Within Groups	79,811	100	,798		
	Total	82,804	101			
Medo da morte	Between Groups	6,362	1	6,362	6,233	,014
	Within Groups	102,074	100	1,021		
	Total	108,436	101			
Aceitação de escape	Between Groups	3,024	1	3,024	3,222	,076
	Within Groups	93,840	100	,938		
	Total	96,864	101			
Aceitação neutra	Between Groups	,397	1	,397	,691	,408
	Within Groups	57,534	100	,575		
	Total	57,932	101			

**Figura 18 – Diferenças na Ansiedade e Depressão em médicos e enfermeiros experientes**





**Quadro 34 – Diferenças na ansiedade e depressão em médicos e enfermeiros experientes.**

	ANOVA	Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
ANSIED	Between Groups	2,629	1	2,629	,300	,585
	Within Groups	876,626	100	8,766		
	Total	879,255	101			
DEPRES	Between Groups	6,354	1	6,354	,883	,350
	Within Groups	719,293	100	7,193		
	Total	725,647	101			

Não há diferenças estatisticamente significativas quanto ao nível médio de depressão e ansiedade entre enfermeiros e médicos.

Discussão de Resultados: Os resultados encontrados corroboram parcialmente os obtidos por estudos que compararam médicos e enfermeiros relativamente a alguns destes aspectos.

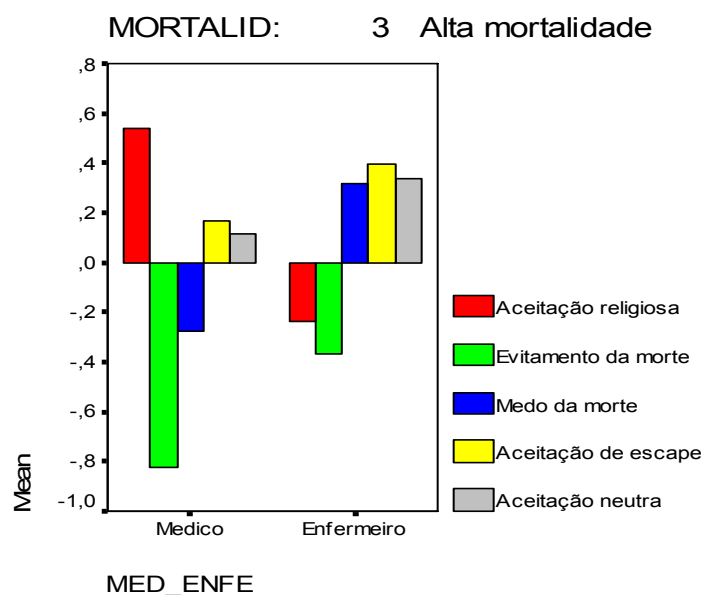
Os resultados encontrados relativamente aos valores diferenciais de médicos e enfermeiros face ao medo da morte convergem com os de Velgaard e Adington-Hall (2005). Estes valores segundo Cooper e Mitchell (1990) e Alexander e Macleod (1992) podem ser justificados pelo grau de proximidade que o enfermeiro tem aos pacientes em fase final de vida no que se refere aos cuidados que presta, antes e depois da morte. Ao contrário destes autores, não encontramos nos médicos nem valores atitudinais mais negativos face à morte, nem níveis de sentido de vida mais baixos por comparação com os enfermeiros, tal como haviam constatado Maslach e Jackson (1982).

Esperávamos, à semelhança dos estudos de Porta et al (1997) e Beckstrand e Kirchnoff (2005), encontrar valores mais elevados de ansiedade e de depressão, devido ao tipo de cuidados que têm de prestar, no grupo dos enfermeiros, o que na presente amostra não se verificou.

## Teste da HC2

Quando se comparam médicos e enfermeiros experientes que se encontram a trabalhar em serviços considerados como sendo de elevada exposição ocupacional à morte (Oncologia e Paliativos) encontram-se os seguintes resultados relativamente ao seu perfil de atitudes perante a morte.

**Figura 19 – Diferenças atitudinais perante a morte em médicos e enfermeiros experientes com elevada exposição ocupacional à morte**



**Quadro 35 – Diferenças atitudinais perante a morte em médicos e enfermeiros experientes com elevada exposição à morte**

	Aceitação religiosa	Evitamento da morte	Medo da morte	Aceitação de escape	Aceitação neutra
Mann-Whitney U	208,000	254,000	250,000	308,000	286,000
Wilcoxon W	1384,000	374,000	370,000	428,000	406,000
Z	-2,453	-1,711	-1,775	-,839	-1,194
Asymp. Sig. (2-tailed)	,014	,087	,076	,401	,232

a Grouping Variable: MED\_ENFE

b Mortalidade = Alta mortalidade

Os médicos diferem dos enfermeiros, quando em contexto de elevada exposição à morte, quanto ao grau de aceitação religiosa.

Discussão de Resultados: Verificou-se contrariamente ao esperado, uma atenuação das diferenças atitudinais referentes ao medo da morte nos enfermeiros mais expostos à morte e um aumento inusitado dos níveis de aceitação religiosa nos médicos em contextos de maior exposição ocupacional à morte, o que suscita algumas questões em torno de se este tipo de atitude poderá constituir um factor de protecção neste nível ou se alguns dos médicos , relativos a esta amostra, que escolhem trabalhar e manter-se nestas áreas, com maior exposição ocupacional à morte, o fazem por terem eles próprios crenças específicas numa continuidade da vida depois da morte com base numa crença religiosa.

## VIII - CONCLUSÃO

Num estudo desta natureza cada estrada percorrida deixa pelo menos outra por conhecer. A questão da morte a par da do sentido da vida nos profissionais de saúde proporciona sem dúvida esta sensação.

As recompensas objectivas deste trabalho foram várias, entre as quais a possibilidade de aplicar e verificar as propriedades psicométricas de instrumentos conceituados como o DAP-R, que se revelaram nesta amostra de profissionais de saúde, muito idênticas às encontradas aquando da validação original do mesmo instrumento por Wong et al (1994). Também os resultados da aplicação do PIL, nesta amostra, foram gratificantes por nos permitirem constatar que continua a constituir uma medida-padrão entre todas as restantes propostas. Em relação ao HADS, este estudo revelou, como se infere do reportado por Silva, Ribeiro e Cardoso (2004), a necessidade de uma maior investigação em torno das suas qualidades psicométricas para uso futuro.

No que respeita às hipóteses específicas, integradas no modelo de análise, e às hipóteses complementares, surgiram quer relativamente à amostra total quer à amostra de profissionais de saúde experientes, diversos resultados que se revestem de interesse para a investigação futura nesta área.

Desta forma, os resultados obtidos nesta investigação, suportam efectivamente noções nucleares como as de que a existência de um propósito ou sentido de vida bem estruturado constitui um dos aspectos que mais protege os profissionais de saúde do sofrimento psicológico, resultantes do desgaste intrínseco das suas áreas profissionais e do contacto com a morte dos seus pacientes. Este efeito protector é tão mais acentuado quanto maior o grau de exposição ocupacional à morte e parece ser mediado parcialmente por uma atitude perante a morte (a aceitação de escape) apenas no caso da depressão.

O aumento dos valores globais de propósito ou sentido de vida também se traduzem numa diminuição significativa de atitudes negativas perante a morte.

De modo inesperado, os resultados apontaram para uma ausência de efeito moderador da experiência profissional na relação entre o propósito ou sentido de vida e as atitudes mais positivas face à morte. Estes resultados indicam-nos, embora contra-intuitivamente que o aumento da experiência e do contacto com a morte não exerce efeito significativo nem no sentido de promover a formação de atitudes globalmente mais positivas nem mais negativas face à morte através do sentido de vida.

A atitude perante a morte que parece surtir um efeito mais negativo em termos de sofrimento psicológico nos profissionais de saúde reside essencialmente na aceitação de escape. Por se tratar de um tipo de posicionamento que aceita a morte enquanto fim do sofrimento ou alívio, pensamos ser a atitude que mais dificuldades e ambivalência gera quer ao nível pessoal quer ao nível profissional. Quando a colocamos num contexto de elevada mortalidade, sobretudo em áreas onde o confronto com situações de grande sofrimento físico acompanham a fase final de vida, como é o caso das áreas de oncologia e de cuidados paliativos, o seu efeito pode ser devastador quer eticamente quer na vivência psicológica (expressa negativamente por elevados níveis de ansiedade e depressão). Secundariamente surgiram também o medo da morte, nos casos de exposição moderada, e especificamente para o grupo de enfermeiros recém-licenciados, a aceitação religiosa também apresentou efeitos negativos na saúde psicológica ao nível da depressão.

Embora os efeitos negativos do medo da morte sejam os mais abordados na literatura revista, o surgimento da aceitação religiosa com efeitos semelhantes suscita, a nosso ver, necessidade de aprofundamento futuro.

Relativamente às hipóteses complementares, foi possível constatar uma diferença significativa nas atitudes perante a morte apresentadas globalmente por médicos e enfermeiros experientes. Este últimos apresentavam valores mais elevados de medo da

morte do que os médicos. Quando analisados apenas os valores de médicos e enfermeiros em situação de elevada exposição à morte, constatámos que o medo da morte deixa de ser uma variável diferenciadora entre os dois grupos profissionais mas que surge, inusitadamente, entre os médicos uma elevação dos valores atitudinais de aceitação religiosa quando comparados com os enfermeiros. Estes aspectos complementares sugerem a existência de uma maior adaptação à morte por parte dos enfermeiros que lidam de uma forma continuada com a mesma, em contextos de elevada exposição. A aceitação religiosa, por ser algo incomum nesta amostra, devido ao tipo de formação em causa, parece poder resultar de motivações intrínsecas que eventualmente possam, sobretudo no caso dos médicos, motivar a escolha de áreas onde a morte se torna inevitável.

Os aspectos que diferenciam médicos e enfermeiros parecem ser menores do que aqueles que a literatura revista sugere, o que indica que a formação de base de ambos os grupos profissionais opera, pelo menos aparentemente, com eficácia equivalente no ajustamento psicológico dos mesmos em contextos de maior exposição à morte.

A questão que nos moveu inicialmente, em torno do impacto que a exposição à morte tem na manifestação de atitudes mais negativas face à mesma, não encontrou a resposta que inicialmente esperávamos. Os grupos constituídos para este estudo não se diferenciaram de uma forma estatisticamente significativa quanto ao tipo de atitudes perante a morte. As causas que pensamos estarem na origem deste resultado são de natureza variada. A saber, a) por termos agregado, para a maior parte das análises realizadas, amostras de recém-licenciados com as de profissionais de saúde mais experientes, b) por o critério de grau de exposição ocupacional à morte nos grupos de recém-licenciados ser mais difícil de estabelecer e c) termos estabelecido apenas três aspectos da expressão do grau de exposição ocupacional à morte nas possibilidades de enquadramento, sendo estas essencialmente subjectivas.

Adivinham-se ainda muitas estradas por explorar. As necessidades de investigação parecem residir, neste domínio, numa abordagem mais integrada das atitudes perante a morte pensando-as, como advoga Wong et al (1994) em termos de configuração e não apenas isoladamente. Porém, essa abordagem, tecnicamente viável, pressupõe no quadro de uma abordagem quantitativa, amostras com dimensões de difícil alcance.

Também a avaliação da formação existente nesta área pode ser melhorada. Os efeitos são pensados em termos de desenho antes-depois das acções de formação e a sua durabilidade é mais assumida do que demonstrada. Além disso, os efeitos podem, a nosso ver, ser pensados de forma mais abrangente comportando aspectos de natureza extrapessoal tais como: as alterações comportamentais no quotidiano do profissional de saúde; a avaliação por parte do doente ou das suas famílias, e do mesmo modo; os indicadores de maior satisfação e bem estar psicológico dos próprios profissionais de saúde. Também poderá ser avaliada a mais valia que representa essa formação em termos de indicadores de gestão dos serviços (por exemplo, quanto à rotatividade externa e aos critérios de selecção).

Naturalmente que a formação não pode constituir *per se*, a fonte de resolução de todas as dificuldades com que se deparam os profissionais de saúde, sobretudo os que trabalham em áreas de maior exposição à morte.

Urge olhar para exemplos provenientes de outros países bem sucedidos nas políticas de saúde face aos cuidados em final de vida, para melhorar do ponto de vista da sobrecarga laboral e emocional os profissionais de saúde a operar no sistema de saúde português. Lidar de perto com a morte provoca sofrimento. A maior parte dos profissionais com quem contactámos possui um sentido de “missão” que lhes permite suplantir medidas menos adequadas às reais necessidades de quem, em nosso nome, enfrenta a morte bem como de quem está a morrer.

Os resultados indicam que o sentido de vida parece constituir um elemento central que opera a montante, tal como Frankl defendia, assumindo-se como um aspecto que deve

ser colocado no cerne das discussões em torno da preparação dos profissionais de saúde para lidar com a exposição continuada à morte. Paralelamente, as atitudes perante a morte são importantes. Face à actual organização funcional do processo de morte e morrer, parece inevitável que os profissionais de saúde sejam expostos ocupacionalmente à morte, em todas as suas expressões. O que não parece possível, é que o seu sofrimento psicológico seja inevitável. Privilegiar o sentido de vida e as atitudes perante a morte, em conjunto, na formação dos profissionais de saúde e na gestão quotidiana das equipas de saúde, constitui, com base nos resultados encontrados, um caminho promissor para minorar esta aparente ironia de condenar ao sofrimento psicológico aqueles que juraram aliviar o sofrimento alheio.



## BIBLIOGRAFIA

### A

1. Ackerknecht, E. (1982). *A short history of medicine*. Baltimore. The John Hopkins University Press.
2. Abdel Khalek, A. (1998). The structure and measurement of Death Obsession. *Personality and individual differences*. Vol.24, nº2 p.159-165
3. Abdel Khalek, A., Beshai, J. e Templer, D. (1993). The structure of Templer's Death Anxiety Scale among Egyptian students. *Psychological Reports*, 72: 920-922.
4. Abdel Khalek, A. e Lester, D. (1999). Obsession compulsion in college students in the U.S and Kuwait. *Psychological Reports*, 85: 799-800.
5. Abdel Khalek, A. (2002). Death obsession in Egyptian samples: differences among people with anxiety disorders, schizophrenia, addictions and normals. *Death Studies*, 26:413-424
6. Abdel Khalek, A. (2002a). Why do we fear death? The construction and validation of the Reasons for Fear of Death Scale. *Death Studies*, 26: 669-680.
7. Abdel Khalek, A. e Lester, D. (2003). Death obsession in Kuwait and American college students. *Death Studies*, 27:541-553.
8. Abdel Khalek, A. (2005). Happiness and death distress: two separate factors. *Death Studies*, 29: 949-958.
9. Abdel Khalek, A., Nahida, S. e Abdalla, T. (2006). Death obsession in Palestinians. *Death Studies*, 30:203-215
10. Abiven, M. (2001). *Para uma morte mais humana: experiência de uma unidade hospitalar de cuidados paliativos*. (2ªed.). Loures. Lusociência

11. Akande, A. e Odewale, F. (1994). The relationship between adolescent satisfaction and goal directedness. *International Journal of Adolescence and Youth*, 4, 245-252
12. Alexander, D. e MacLeod, R. (1992). Stress among palliative care matrons: a major problem for a minority group. *Palliative Medicine*, 6: 111-124.
13. Allport, G., Vernon, P. e Lindzey, G. (1960). *Study of Values*. Boston: Houghton Mifflin.
14. Allport, G. (1985). The historical background of Social Psychology. In G. Lindzey e E. Aronson (eds.). *Handbook of Social Psychology* (v.1, 3ª ed.). (pp. 1-46). Nova Iorque: Random House.
15. Antunes, M. (2001). *A doença da saúde*. Lisboa. Quetzal.
16. Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco: Jossey – Bass.
17. Antonovsky, A. (1983). The sense of coherence: Development of a research instrument. *The William S. Schwartz Newsletter and Research Reports*. W.S. Schwartz Research Center for Behavioral Medicine. Tel Aviv University, Israel, 1, 11-22.
18. Antonovsky, A. (1987). *Unraveling the mystery of health*. San Francisco: Jossey-Bass
19. Antonovsky, A. (1993). The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Sciences and Medicine*, 36 (6), 725-733.
20. Antonovsky, H. e Sagy, S. (1986). The development of a Sense of Coherence and Its Impact on responses to stress situations. *The Journal of Social Psychology*, 126 (2), 213-225

21. Ariès, P.(2000). *O homem perante a morte-I*. (2ª ed). Mem Martins.  
Publicações Europa-América.
22. Ariès, P.(1988). *O homem perante a morte-II*. Mem Martins. Publicações  
Europa-América.
23. Artiss, K. L. e Levine, A. S. (1973). Doctor-patient relation in severe illness.  
*The New England Journal of Medicine*. June 7 (1210-1214)

## B

24. Bacqué, M.F. (1997). *Deuil et santé*. Paris. Editions Odile Jacob.
25. Baines, J. e Málek, J. (1993). *Atlas of ancient Egypt*. Amsterdam. Time-Life  
Books
26. Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action*. Englewood  
Cliffs, NJ: Prentice Hall.
27. Batista, J. e Almond, R. (1973). The development of meaning in life.  
*Psychiatry*, 36, 409-427
28. Baron, R. e Kenny, D. (1986). The moderator-mediator variable distinction in  
social psychological research Conceptual, strategic, and statistical  
considerations.*Journal of Personality and Social Psychology*, 51, 1173-  
1182.
29. Bauman, S., Englebert, R. (2003). A comparison of three views of spirituality in  
oncology nursing. *Nursing Science Quaterly*, Vol. 16, Nº1
30. Baumeister, R. (1991). *Meanings of life*. New York. The Guilford Press
31. Bayés, R., Limonero, J., Romero, E. e Arranz, P. (2000). Qué puede  
ayudarnos a morir en paz? *Medicina Clínica*, 115: 579-582

32. Beaton, R., Murphy, S., Pike, K. e Jarret, M. (1995). Stress-symptom factors in firefighters and paramedics. In Sauter, S. e Murphy, L. (Eds). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, American Psychological Association.
33. Beck, a. e Steer, R. (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: The Psychological Corporation.
34. Becksrand, R. e Kirchhoff, K. (2005). Providing end-of-life care to patients: critical care nurses perceived obstacles and supportive behaviour. *American Journal of Critical Care*, 14 (5): 395-403
35. Benoliel, J. Q.(Ed). (1982). *Death education for the health professional*. Hemisphere Publishing Company. Washington.
36. Bernardo, M. (1999). História dos cuidados paliativos. In J. Luís Portela e Isabel Galriça Neto (coord.). *Dor e cuidados paliativos*. Lisboa. Permanyer Portugal
37. Bertman, S. (1997). From the very first patient to the very last: Soul pain, aesthetic distance, and the training of physicians. In Stack, S. (Ed). *Death and the quest for meaning*. Essays in honour of Herman Feifel. Northvale.Jason Aronson Inc.
38. Bertman, S., Greene, H., e Wyatt, C. (1982). Humanistic health care education in a hospice/palliative care setting. *Death Studies*, 5 (4), 391-408.
39. Billings, J.A. (2000). Recent advances: Palliative care. *British Medical Journal*. Sep 2, Vol.321 (7260).
40. Bowlby, J. (1998). *Perda – Tristeza e depressão* (Valtencyr Dutra, trad., 2ª edição). São Paulo: Martins Fontes.

41. Boyar, J. (1964). *The construction and partial validation of a scale for the measurement of fear of death*. Doctoral dissertation. University of Rochester. Dissertation Abstracts 1964, 25, 2041. University Microfilms nº64-09228.
42. Bradbury, M. (1999). *Representations of death*. Londres.Routledge.
43. Brilli, R., Spevetz, A., Branson, R., Campbell, G., Cohen, H., Dasta, J., Harvey, M., Kelley, M., Kelly, K., Rudis, M., Andre, A., Stone, J., Teres, D., Weled, B. (2001). Critical care delivery in the intensive care unit: Defining clinical roles and the best practice model. *Critical Care Medicine*, Vol.29,Nº10
44. Brito, J. (2000). *Fluorescência de Raios X in vivo aplicada ao estudo da concentração de chumbo ósseo – contributo para modelos da toxicocinética do chumbo*. Tese de Doutoramento apresentada na Universidade de Lisboa.
45. Brockopp, D., King, D. e Hamilton, J. (1991). The dying patient : A comparative study of nurse caregiver characteristics. *Death Studies*, 15 (3): 245-258
46. Bruera, E., Neumann, C. Mazzocato, C., Stiefel, F. e Sala, R. (2000). Attitudes and beliefs of palliative care physicians regarding bereavement with terminally ill cancer patients. *Palliative Medicine*, vol 14(4), 287-298.
47. Brunton, M. (2005). Emotions in health care: the cost of caring. *Journal of Health Organization and Management*, 19 (4/5): 340-355
48. Bryman, A. e Cramer, D. (1993). *Análise de dados em Ciências Sociais*. Oeiras: Celta.
49. Bugen, L. (1980-81). Coping effects of death education. *Omega*, 11: 175-183

50. Burns, J., Mitchell, C., Griffith, J., Truog, R. (2001). End-of-life care unit: Attitudes and practices of pediatric critical care physicians and nurses. *Critical Care Medicine*, Vol.29, Nº3
51. Buss, M., Marx, E. E Sulmasy, D. (1998). The preparedness of students to discuss end-of-life issues with patients. *Academic Medicine*, vol.73, 418-422.

## C

52. Calvino, I. (2000). *Fábulas e contos italianos* (José Colaço Barreiros, Trad., Vol. I). Rio de Mouro: Teorema.
53. Cardoso, T., Fonseca, T., Pereira, S. e Lencastre, L. (2003). Life-sustaining treatment decisions in Portuguese intensive care units: a national survey of intensive care physicians. *Critical Care*, 7 (6): 167-175
54. Carmel, S., Ziedenberg, H. (2000). Israeli nurses' attitudes toward end-of-life of middle aged and old terminally ill patients. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
55. Carroll, B., Kathol, R., Noyes, R., Wald, T. e Clamon, G. (1993). Screening for depression and anxiety in cancer patients using the Hospital Anxiety and Depression Scale. *General Hospital Psychiatry*, 15, 69-74.
56. Carver, C. e Scheier, M. (2002). Optimism. In Snyder, C. e Lopez, S. (Eds). *Handbook of Positive Psychology*. Oxford. Oxford University Press.
57. Chamberlain, K. e Zika, S. (1988a). Measuring Meaning in Life: an examination of three scales. *Personality individual differences*, vol.9, nº3, 589-596.

58. Chamberlain, K. e Zika, S. (1988b). Religiosity, Life meaning and well being: some relationships in a sample of women. *Journal for the Scientific Study of Religion*. 27(3), 411-420.
59. Chen, J. (1992). An analysis of nurses' attitude change toward death and dying as affected by death education intervention. Doctoral dissertation, Drake University. *Dissertation Abstracts*, 53, 3398.
60. Chen, Y., Del Ben, K., Fortson, B. e Lewis. J. (2006). Differential dimensions of death anxiety in nursing students with and without nursing experience. *Death Studies*, 30 (10):919-929
61. Cicirelli, V.G. (1998). Personal meanings of death in relation to the fear of death. *Death Studies*, 22, 713-733.
62. Cicirelli, V. G. (2000). Older adults' ethnicity, fear of death and end-of-life decisions. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
63. Connor, S. R. (2000). Hospice care and the older person. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
64. Collet, L. e Lester, D. (1969). The fear of death and the fear of dying. *Journal of Psychology*, 72: 179-181
65. Conte, H., Weiner, M. e Plutchik, R. (1982). Measuring death anxiety: Conceptual, Psychometric and factor analytic aspects. *Journal of Personality and Social Psychology*, 43(4): 775-785
66. Cooper, C. e Mitchell, S. (1990). Nursing the critically ill and dying. *Human Relations*, 43, 297-311.

67. Corr, C. (1998). Death in modern society. In Doyle, D., Hanks, G.C., Macdonald, N., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press. P. 31-40.
68. Crandall, J. e Rasmussen, R. (1975). Purpose in life as related to specific values. *Journal of Clinical Psychology*, 31, 483-485.
69. Crumbaugh, J. (1968). Cross-validation of a purpose-in-life test based on Frankl's concepts. *Journal of Individual Psychology*, 24, 74-81
70. Crumbaugh, J., Raphael, M. e Shrader, R. (1970). Frankl's will to meaning in a religious order. *Journal of Clinical Psychology*, vol 26, 2, 206-207
71. Crumbaugh, J. (1977). The seeking of noetic goals test (SONG): A complementary scale to the purpose in life test (PIL). *Journal of Clinical Psychology*, 33 (3), 900-907
72. Crumbaugh, J. e Maholick, L. (1964). An experimental study in existentialism: The psychometric approach to Frankl's concept of Noogenic neurosis. *Journal of Clinical Psychology*, 20, 200-207
73. Crumbaugh, J. e Maholick, L. (1969). *Manual of instructions for the Purpose in Life Test*. TN: Psychometric Affiliates

## D

74. Damon, W., Menon, J. e Bronk, K. (2003). The development of purpose during adolescence. *Applied Development Science*, Vol 7, nº 3, 119-128.
75. Dana, R. (1985). A service-delivery paradigm for personality assesement. *Journal of Personality Assessment*, 49 (6), 598-604.



76. Davies, J. (1999). *Death, Burial and Rebirth in the Religions of Antiquity*.  
Routledge. Londres
77. Davies, B. E Eng, B. (1998). Special issues in bereavement and staff support.  
In Doyle, D., Hanks, G.C., Macdonald, N. (eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford: Oxford University Press. P. 1085-1095.
78. Debats, D. (1990). *The Life Regard Index: Reliability and validity*.  
Psychological Reports, 67, 27-34
79. Debats, D., van der Lubbe, Wezeman, F. (1993). On the psychometric  
properties of the Life Regard Index (LRI): A measure of meaningful life. An  
evaluation in three independent samples based on the Dutch version.  
*Personality and Individual Differences*, 14, 337-345.
80. Debats, D. e Hansen, P. (1995). Experiences of meaning in life: A combined  
qualitative and quantitative approach. *British Journal of Psychology*. 86,  
359-375
81. Debats, D, (1998). Measurement of personal meaning: The psychometric  
properties of the Life Regard Index. In Wong, P. e Fry, P. (Eds.) *The Human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
82. Debats, D. (2000). An inquiry into existential meaning: theoretical, clinical, and  
phenomenal perspectives. In Reker, G. e Chamberlain, K. (Eds). *Exploring existential meaning: optimizing human development across the life span*.  
California. Sage.
83. Degner, L., Chekryn, J., Deegan, M., Gow, C., Koop, P., Mills, J. e Reid, J.  
(1982). An undergraduate nursing course in palliative care. *Death Studies*,  
5 (4), 317-326.

84. DePaola, S., Neimeyer, R., Lupfer, M., Fiedler, J.(1994). Death Concern and attitudes toward the elderly in nursing home personnel. *In* Neimeyer, R.A. (Ed) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington.Taylor & Francis.
85. DePaola, S., Prewett, M., Hawkins, R. (2000). Death anxiety in nursing home personnel as a function of race. *In* Tomer, A. (Ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
86. De Vogler-Ebersole, K. E Ebersole, P. (1985). Depth of meaning in life: Explicit rating criteria. *Psychological Reports*, 56, 303-310.
87. Dewe, P. J., Guest, D. E. (1990). Methods of coping with stress at work: a conceptual analysis and empirical study of measurement issues. *Journal of Organizational Behavior*, Vol II, 321-329.
88. Dickinson, G., Summer, E. e Frederick, L. (1992). Death education in selected health professions. *Death Studies*, 16, 281-298
89. Dickson, J., Oeggli, K., Holden, T.; Handley, L., O'Connell, T. e Preston, T. (2000). The omnivorous Tyrolean Iceman: Colon contents and stable isotope analyses. *Philosophical transactions of the Royal Society*, 355 (1404), pg. 1843-1849
90. Doyle, D. (1991). Paliative care education and training in the United Kingdom: a review. *Death Studies*, 15, 95-103.
91. Drolet, J. (1986). Psychological sense of symbolic immortality during early adulthood. *Dissertation Abstracts International*, 46, 4421B.
92. Drolet, J. (1990). Transcending death during early adulthood: symbolic immortality, death anxiety, and purpose in life. *Journal of Clinical Psychology*, Vol.46. 148-160

93. Dufton, B. e Perlman, D. (1986). The association between religiosity and the purpose in life test: does it reflect purpose or satisfaction? *Journal of Psychology and Theology*, 14, 42-48.
94. Dunk, K., Otten, C. e Stephens, E. (2005). Nursing experience and the care of dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 32(1): 97-104.
95. Durlak, J. (1972). Relationship between individual attitudes toward life and death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, vol.38, nº 3, 463.
96. Durlak, J. (1973a). Relationship between attitudes toward life and death among elderly women. *Development Psychology*, 8(3): 146.
97. Durlak, J. (1973b). Relationship between various measures of death concern and fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 41(1): 463
98. Durlak, J. (1994). Changing death attitudes trough death education. In Neimeyer, R. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington. Taylor & Francis.
99. Durlak, J. e Reisenberg, L. (1991). The impact of death education. *Death Studies*, 15: 39-58
100. Dyck, M. (1987). Assessing logotherapeutic constructs: Conceptual and psychometric status of the Purpose in Life and Seeking of Noetic Goals tests. *Clinical Psychology Review*, 7, 439-447.

## E

101. Eaks, G. (1985). The relationship between death anxiety and attitudes toward the elderly among nursing staff. *Death Studies*, 9 (2): 163-172

102. Ebersole, P. (1998). Types and depth of written life meanings. In Wong, P. e Fry, P.(Eds.) *The human quest for meaning: A Handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates
103. Ebersole; P. e Quiring, G. (1988). Social desirability in the Purpose-In-Life test. *The Journal of Psychology*, 123(3), 305-307
104. Eliason, G. (2000). Spirituality and counselling of the older adult. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
105. Ellison, N. e Ptacek, J. (2002). Physician interactions with families and caregivers after a patient death: current practices and proposed changes. *Journal of Palliative Medicine*, 5 (1): 49-55
106. Eriksson, M. e Lindström, B. (2005). Validity of Antonovsky's sense of coherence scale: a systematic review. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 59 : 460-466.
107. Eysenck, H. e Eysenck, S. (1975). *Manual of the Eysenck Personality Questionnaire*. London: Hodder and Stoughton.

## F

108. Fang, B. e Howell; K. (1976) Death anxiety among graduate students. *Journal of the American College Health Association*: 25: 310-313.
109. Feifel, H. (1956) Older persons look at death. *Geriatrics*, 11:127-130
110. Feifel, H. (1969) Attitudes toward death: A psychological perspective. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 33(3): 292-295

111. Feifel, H. e Branscomb, A. (1973). Who's afraid of death? *Journal of Abnormal Psychology*, 81(3): 38-45
112. Feifel, H. e Nagy, V. (1980). Death orientation and life threatening behaviour. *Journal of Abnormal Psychology*, 89 (1): 38-45
113. Feifel, H. e Nagy, V. (1981). Another look at fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 49 (2): 278-286
114. Ferrel, B., Virani, R., Grant, M e Borneman, T. (1999). Analysis of content regarding death and bereavement in nursing texts. *Psycho-Oncology*, 8: 500-510.
115. Fetters, M., Churchill, L., Danis, M. (2001). Conflict resolution at the end of life. *Critical Care Medicine*. Vol.29, N°5.
116. Field, D. (1989). *Nursing the dying*. London. Routledge
117. Field, D. (1998). Special not different: general practitioners' accounts of their care for dying people. *Social Science and Medicine*, 46, 1111-1120
118. Field, A. (2000). *Discovering statistics using SPSS for Windows: Advanced techniques for the beginner*. Londres: Sage.
119. Fife, B. (1995). The measurement of meaning in illness. *Social Science and Medicine*, 40, 1021-1028.
120. Firestone, R. (2000). Microsuicide and the elderly: A basic defense against death anxiety. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
121. Fishbein, M. e Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention and perspective: An introduction to theory and research*. Reading: Addison-Wesley.

122. Flint, G., Gayton, W. e Ozmon, K. (1983). Relationship between life satisfaction and acceptance of death in elderly persons. *Psychological Reports*, 53: 290
123. Fortner, B. e Neimeyer, R. (1999). Death anxiety in older adults: A quantitative review. *Death Studies*, 23: 387-411
124. Fortner, B., Neimeyer, R., Rybarczyk, B. (2000). Correlates of death anxiety in older adults: A comprehensive review. In Tomer, A. (ed.) *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
125. Frankl, V.(1960). Beyond self-actualization and self-expression. *Journal of Existential Psychiatry*, 1: 5-20
126. Frankl, V.(1985). *Man's search for meaning*. Pocket Books. Nova Iorque.
127. Frankl, V. (1986). *The doctor and the soul: From psychotherapy to logotherapy*. Vintage Books. Nova Iorque.
128. Frankl, V.(1988). *The will to meaning: Foundations and applications of Logotherapy*. Meridian. Nova Iorque
129. Frazier, P., Tix, A. e Barron, K. (2004). Testing moderator and mediator effects in "amascene" psychology research. *Journal of Counseling Psychology*, 51: 115-134.
130. Frenz, A., Carey, M. e Jorgensen, R. (1993). Psychometric evaluation of Antonovsky's sense of coherence scale. *Psychological Assessment*, 5(2),145-153
131. Friedrichsen, M. (2002). *Crossing the Border*. Department of Medicine and Surgery. Palliative Research Unit. Faculty of Health Sciences. Suécia: Linköping University.

132. Frommelt, K. (1991). The effects of death education on nurses' attitudes toward caring for terminally ill persons and their families. *American journal of Hospice and Palliative care*, vol 8 (5), 37-43.

## G

133. Garfield, C. (1973). A psychometric and clinical investigation of Frankl's concept of existential vacuum and anomie. *Psychiatry*, 36, 396-408.
134. Geada, M. (1990). O modelo de saúde positiva – salutogénico – de Aaron Antonovsky: Resultados preliminares de um estudo com toxicodependentes. In I. Botelho, J. Almeida, M. Geada, e J. Justo (Eds.), *A Psicologia nos Serviços de Saúde*. Colecção Temas de Psicologia. Lisboa: APPORT - Associação dos Psicólogos Portugueses.
135. Geada, M. (1996). Mecanismos de defesa e de coping e níveis de saúde em adultos. *Análise Psicológica*, 14 (2/3), 191-201.
136. Geada, M. (1997). Experiências de vinculação afectiva aos pais e companheiros e aptidões de coping em heroinodependentes e em grupo de controlo. *Psicologia: Teoria, investigação e prática*. 2 (2), 251-258.
137. Gesser, G., Wong, P. e Reker, G. (1987-88). Death attitudes across the life-span: The development and validation of the Death Attitude Profile (DAP). *Omega*, 18: 109-124
138. Golding, S., Atwood, G., Goodman, R. (1966). Anxiety and two cognitive forms of resistance to the idea of death. *Psychological Reports* 18: 359-364
139. Goleman, D. (2000). *Emoções que curam*. Lisboa: Rocco.

140. Gomes, J. (2003). *Desemprego, depressão e sentido de coerência: Uma visão do desemprego sob o prisma da saúde pública*. Dissertação de Mestrado em Saúde Pública, Lisboa: Universidade Nova de Lisboa.
141. Goodell, B., Donohue, J. e Quint-Benoliel, J. (1982). Death education in medical school: A seminar on terminal illness. *Death Studies*, 5 (4), 363-389.
142. Goodkin, K., Baldewicz, T., Blaney, N., Asthana, D., Kumar, M., Shapshak, P., Leeds, B., Burkhalter, J., Rigg, D., Tyll, M., Cohen, J. e Zheng, W. (2004). Physiological Effects of Bereavement and Bereavement Support Group Interventions. In: Stroebe, M., Hansson, R., Stroebe, W. e Schutt, H. (Eds). *Handbook of Bereavement assessing research*. Washington. American Psychological Association.
143. Graham, J., Ramirez, A., Cull, A., Gregory, W., Finlay, I., Hoy, A. e Richards, M. (1996). Job stress and satisfaction among palliative physicians: a CRC/ICRF study. *Palliative Medicine*, 10, 185-194
144. Guadagnoli, E. e Velicer, W. (1988). Relation of sample size to the stability of component patterns. *Psychological Bulletin*, 103: 265-275.

## H

145. Hablas, R. E Hutzell, R. (1982). The Life Purpose Questionnaire: An alternative to the Purpose-in-Life Test for geriatric, neuropsychiatric patients. In Wawrytko, S. (Ed.), *Analecta Frankliana*. Berkeley, Strawberry Hill.



146. Hainsworth, D. (1996). The effect of death education on attitudes of hospital nurses toward care of dying. *Oncology Nursing Forum*, vol 23(6), 963-967.
147. Hair, J., Anderson, R., Tatham, R. e Black, W. (1998). *Multivariate data analysis* (5<sup>a</sup> ed.). Londres: Prentice-Hall.
148. Hansell, P. (1990). Stress on nurses in oncology. In Jimmie Holland e Julia Rowland (eds.). *Handbook of psycho oncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
149. Harlow, L., Newcomb, M. e Bentler, P. (1986): Depression, self-derogation, substance use, and suicide ideation: Lack of purpose in life as a mediational factor. *Journal of Clinical Psychology*, 42, 5-21.
150. Harlow, L., Newcomb, M. e Bentler, P. (1987): Purpose in life test assessment using latent variable methods. *British Journal of Clinical Psychology*, 26, 235-236.
151. Hathaway, S. e Mckinley, J. (1943). *The Minnesota Multiphasic Personality Schedule (revised)*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
152. Heiss, A. e Oeggel, K. (2005). The oldest evidence of *Nigella arvensis* L. (Ranunculaceae) and its possible introduction to central Europe. *Vegetation History and Archaeobotany*, 14 (4).
153. Hennezel, M. (1995). *La mort intime*. Paris. Robert Laffont
154. Hennezel, M., Leloup, J. (1998). *A arte de morrer*. Lisboa. Editorial Notícias.
155. Hennezel, M. (2001). *Nós não nos despedimos*. Lisboa. Editorial Notícias.
156. Henrion, R. (1983). PIL test on cancer patients – preliminary report. *International Forum of Logotherapy*, 6: 55-59

157. Herndon, C., Jackson, K. Fike, D. e Woods, T. (2003). End-of-life care education in United States pharmacy schools. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 20 (5): 340-344
158. Hill, M. e Hill, A. (2000). *Investigação por questionário*. Lisboa: Sílabo.
159. Hintermair, M. (2004) Sense of Coherence: A relevant resource in the coping process of mothers of deaf and hard-of-hearing children. *Journal of Deaf Studies and Deaf Education*, 9 (1): 15-26.
160. Hoelter; J. (1979). Multidimensional treatment of fear of death. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 47 (5): 996-999
161. Holcomb, L., Neimeyer, R. e Moore, M. (1993). Personal meanings of death: A content analysis of free-response narratives. *Death Studies*, 17: 299-318
162. Holtom, N. e Barraclough, J. (2000). Is the Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) useful in assessing depression in palliative care? *Palliative Medicine*. Vol.14 (3), 219-220.
163. Hooper, T. e Spilka, B. (1970). Some meanings and correlates of future time and death among college students. *Omega*, 1: 49-56
164. Horta, M., Andrade, T., Ouakinin, S., Ramos, V.e Figueira, M. (1997). A experiência antecipatória em doentes deprimidos e oncológicos. *Psiquiatria na Prática Médica*, vol 10 (5): 9-13
165. Horta, M., Andrade, T. , Ouakinin, S., Ramos, V.e Figueira, M. (1998). O auto-conceito e a experiência antecipatória em doentes deprimidos e oncológicos. *Psiquiatria na Prática Médica*, vol 1 (1): 5-9

166. Houtman, I. e Kompier, M. (1995). Risk factors and occupational risk groups for work stress in Netherlands. In Sauter, S. e Murphy, L. (Eds). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, American Psychological Association.
167. Howells, K. e Field, D. (1982). Fear of death and dying among medical students. *Social Science and Medicine*, 16:1421-1424
168. Hsieh, H. (1995). The effect of death education on the attitudes of nurses toward caring for the terminally ill. Doctoral dissertation, Drake University. *Dissertation Abstract International*, 56, 3843
169. Hunt, D., Lester, D. e Asthon, N. (1983). Fear of death, locus of control and occupation. *Psychological Reports*, 53: 1022.
170. Hwang, H., Lin, H. e Chen, W. (2005). Evaluation of life and death studies course on attitudes toward life and death among nursing students. *Kaohsiung Journal of Medical Sciences*, 21(12): 552-560

## I

171. Irwin, S. (2000). The experiences of the registred nurse caring for the person dying of cancer in a nursing home. *Collegian*, vol.7 (4), 30-34.

## J

172. Jacoby, A., Lecouturier, J., Bradshaw, C. Lovel, T. e Eccles, M. (1999). Feasibility of using postal questionnaires to examine carer satisfaction with palliative care: a methodological assessment. *Palliative Medicine*. Vol.13 (4),285-298

173. Janoff-Bulman, R. (1989). Assumptive worlds and the stress of traumatic events: applications of the schema construct. *Social Cognition*, 7, 113-136.
174. Johansson, N. e Lally, T. (1990-91). Effectiveness of a death-education program in reducing anxiety of nursing students. *Omega*, 22: 25-33
175. Johnson, M. (1987). The body in the mind. Chicago. University of Chicago Press.
176. Johnson, N., Cook, D., Giacomini, M., e Willms, D. (2000). Towards a "good" death: End-of-life narratives constructed in an intensive care unit. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 24 (3), 275-295.

## K

177. Kalish, R. (1963). An approach to the study of death attitudes. *The American Behavioral Scientist*, 6(9): 68-70
178. Kash, K. e Holland, J. (1990). Special problems of physicians and house staff in oncology. In Jimmie Holland e Julia Rowland (eds.). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford: Oxford University Press.
179. Kastenbaum, R. E Costa, P. (1977). Psychological perspectives on death. *Annual Review of Psychology*, vol 28, 225-249.
180. Kastenbaum, R. E Aisenberg, R. (1983). *Psicologia da morte*. São Paulo: Novos Ubrais.
181. Kastenbaum, R. (2000). Death attitudes and aging in the 21<sup>st</sup> century. In Tomer, A. (ed.) *Death Attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.

182. Kaye, J. (1991). Will a course on death and dying lower students' death and dying anxiety? *Journal of Cancer Education*, 6(1): 21-24
183. Kaye, J, Gracely, E. e Losclazo, G. (1994). Changes in students' attitudes following a course on death and dying: a controlled comparison. *Journal of Cancer Education*, 9 (2): 77-81
184. Kebers, C. (1999). *Mort, deuil, separation : Itineraire d'une formation*. Bruxelas. De Boeck.
185. Kelly, G. (1955). *The psychology of personal constructs*. New York. Norton
186. Khatri, N. E Ng, H. A. (2000). The role of intuition in strategic decision making. *Human Relations*, 53 (1), 57-86.
187. Khin, N. A., Sunderland, T. (2000). Bereavement in older adults: Biological, functional and psychological consequences. *Psychiatric times*.Vol.XVII.Nº1
188. Kierkegaard, S. (2003). *Desespero – A doença mortal*. Porto. Rés-Editora.
189. Kinget, G. M. (1975). *On being human*. Nova Iorque. Harcourt Brace Jovanovich.
190. Klafke, T. (1991). O médico lidando com a morte: Aspectos da relação médico-paciente terminal em cancerologia. In Roosevelt Cassorla (coord.). *Da morte – Estudos brasileiros*. São Paulo: Papirus, 25-50.
191. Klass, D. (1998). Testing Two Elements of Spirituality in Depressed and Non-Depressed Elders. *International Journal of Psychiatry Nursing Research*, Vol. 4 (2), 452-462.
192. Klinger, E. (1977). *Meaning and void: Inner experience and the incentives in people's lives*. Mineapolis. University of Minessota Press.

193. Klinger, E. (1998). The search for meaning in evolutionary perspective and its clinical implications. In Wong, P. e Fry, P.(Eds.) *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
194. Knight, K. e Elfenbein, M. (1993). Relationship of death education to the anxiety, fear, and meaning associated with death. *Death Studies*, 17 (5), 411-425.
195. Korotkov, D. (1998). The Sense of Coherence: Making Sense out of Chaos. In Wong, P. e Fry, P.(Eds.) *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
196. Kovacs, M. (1991). Pensando a morte e a formação de profissionais de saúde. In Roosevelt Cassorla (coord.). *Da morte – Estudos brasileiros*. São Paulo: Papirus, 79-104.
197. Krakauer, E. (1996). Attending to Dying: Limitations of Medical Technology. In Spiro, H., Curnen, M. e Wandel, L.(Eds). *Facing death: Where culture, religion and medicine meet*. New Haven. Yale University Press.
198. Krieger, S., Epting, F. e Leitner, L. (1974). Personal constructs, threat, and attitudes toward death. *Omega*, 5: 299-310
199. Krieger, S., Epting, F. e Hays, L. (1979). Validity and reliability of provided constructs in assessing death threat. *Omega*, 20: 87-95
200. Kubler-Ross, E. (1991). *Sobre a morte e o morrer* (Paulo Menezes, trad. 4ª edição). São Paulo: Martins Fontes.

201. Kureshi, A. e Husain, A. (1981). Death anxiety in intrapunitiveness among smokers and nonsmokers: A comparative study. *Journal of Psychological Research*, 25: 42-45
202. Kuuppelomaki, M. e Lauri, S. (1998). Ethical dilemmas in the care of the patients with incurable cancer. *Nursing Ethics*, 5, 283-293

## L

203. Lang, S. (2000). Survival guide for nursing assistants in long-term care facilities. *Human Ecology*, vol 28, p. 1-2.
204. Lattanner, B. e Hayslip, B. (1984-85). Occupation related differences in level of death anxiety. *Omega*, 15: 53-66.
205. Lazarus, R.S. (1991). *Emotion and adaptation*. Nova Iorque: Oxford University Press.
206. Lazarus, R.S. (1998). *Fifty Years of research and theory of R.S. Lazarus: An analysis of historical and perennial issues*. Londres. Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
207. Leath, C. (1999). *The effect of participation in the meaning in life forum on participant's experiences of meaning in life*. Senior paper. University of Washington.
208. Lederberg, M. (1990). Psychological problems of staff and their management. In Jimmie Holland e Julia Rowland (eds.). *Handbook of psychooncology: Psychological care of the patient with cancer*. Oxford: Oxford University Press, 631-646.
209. Le Fanu, J. (1999). *The rise and fall of modern medicine*. Londres. Little Brown and Company.

210. Lester, D. (1967). *The Lester attitude toward death scale*. Pomona. Richard Stockton State College.
211. Lester, D. (1972) Studies on death attitudes. *Psychological Reports*: 30:440
212. Lester, D. (1974). *The Collet-Lester Fear of Death Scale: A manual*. Pomona. Richard Stockton State College.
213. Lester, D. e Blustein, J. (1980). Attitudes toward funerals. *Psychological Reports*, 46:1074
214. Lester, D. e Templer, D. (1992-1993). Death anxiety scales: A dialogue. *Omega: Journal of Death and Dying*, 26: 239-253
215. Lester, D. e Castromayor, I. (1993). The construct validity of Templer's Death Anxiety Scale in Filipino Students. *The Journal of Social Psychology*, 133(11): 113-114
216. Lester, D. (1994). The Collet-Lester fear of death scale. In Neimeyer, R. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington. Taylor & Francis.
217. Levy, M., Carlet, J. (2001). Compassionate end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Vol.29, N°2 (Suppl).
218. Little, B. (1998). Personal project pursuit: Dimensions and dynamics of personal meaning. In Wong, P. e Fry, P. (Eds.). *The human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
219. Livneh, H. (1985). Death attitudes and their relationship to perceptions of physically disabled persons. *Journal of Rehabilitation*, 51(1):38-41



220. Lockard, B.(1989). Immediate, residual, and long-term effects of death education instructional unit on the death anxiety level of nursing students. *Death Studies*, 13: 137-159
221. Loneto, R., Fleming, S.e Mercer, G. (1979). The structure of death anxiety: a factor analytic study. *Journal of Personality Assessment*, 43: 388-392
222. Loneto, R. e Templer, D. (1986). *Death Anxiety*. Washington: Hemisphere Publishing.
223. Luce, J. M., Alpers, A.A. (2001). End of life care: What do American courts say? *Critical Care Medicine*, Vol.29, N°2 (Suppl).
224. Lutfey, K., Maynard, D. W. (1998). Bad news in Oncology: How physician and patient talk about death and dying without using those words. *Social Psychology Quarterly*.Vol.61. N°4.
225. Lyal, W., Rogers, J. e Vachon, M. (1976). Professional stress in the care of the dying. *Palliative Care Service Repport*, 457-468.

## M

226. Maddi, S. R. (1996). Prolonging life by heroic measures: A humanistic existential perspective. In Paul Costa Jr. E Gary VandenBos (eds.). *Psychological aspects of serious illness: Chronic conditions, fatal diseases, and clinical care*. Washington: American Psychological Association, 155-184.
227. Magglio, C. e Robinson, S. (1994-95). The effects of death education on death anxiety: A meta-analysis. *Omega*: 29 (4), 319-335
228. Malhotra, N. (1999). *Marketing research: An applied orientation*,(3ª ed.), Upper Saddle River: Prentice Hall.

229. Mallory, J. (2003). The impact of a palliative care educational component on attitudes toward care of dying in undergraduate nursing students. *Journal of Professional Nursing*, vol 19 (5), 305-312.
230. Maltby, J. e Day, L. (2000). The reliability and validity of the Death Obsession Scale among English university and adult samples. *Personality and Individual Differences*, 28: 695-700.
231. Maroco, J. (2003). *Análise estatística com utilização do SPSS* (2ª ed.). Lisboa. Sílabo.
232. Maslach, C. (1979). The burn-out syndrome and patient care. In Garfield (ed.), *Stress and survival: The emotional realities of life threatening illness*. St. Louis. Mosby.
233. Maslach, C. e Jackson, S. (1982). Burnout in health professions: A social psychological analysis. In Sanders, G. e Sullis, J. (Eds). *Social Psychology of Health and Illness*. Hillsdale: Laurence Erlbaum Associates.
234. McCorkle, R. (1982). Death education for advanced nursing practice. *Death Studies*, 5 (4), 347-361.
235. McCoy, S., Pyszczynski, T., Solomon, S., Greenberg, J. (2000). Transcending the self: a terror management perspective on successful aging. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
236. McGoldrick, M. (1995). Echoes from the past: helping families mourn their losses. In Walsh, F. and McGoldrick, M. (Eds). *Living beyond loss: Death in the family*. Nova Iorque. Norton

237. McGregor, I. e Little, B.(1998). Personal projects, happiness, and meaning: on doing well and being yourself. *Journal of Personality and Social Psychology*, vol.74, Nº2, 494-512
238. McIntyre, T. (1994). O stress e os profissionais de saúde: Os que tratam também sofrem. *Análise Psicológica*, 2-3 (XII), 193-200.
239. McIntyre, T., McIntyre, S. e Silvério, J. (1999). Resposta de stress e recursos de coping nos enfermeiros. *Análise Psicológica*, 3 (XVII), 513-528.
240. McIntyre, M.; Pereira, G.; Soares, V.; Gouveia, J. e Silva, S. (1999). *Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar. Versão Portuguesa de Investigação*. Universidade do Minho. Departamento de Psicologia.
241. McMamara, B., Waddel, C.e Colvin, M. (1995). Threats to good death: the cultural context of stress and coping among hospice nurses. *Sociology of Health and Illness*, 17 (2): 222-244
242. McMordie, W. (1981). Religiosity and fear of death: Strength of belief system. *Psychological reports*, 49: 921-922
243. Mermann, A. (1996). Learning to care for the dying In Spiro,H., Curnen, M. e Wandel, L.(Eds). *Facing death: Where culture, religion and medicine meet*. New Haven. Yale University Press.
244. Miles, M. (1980). The effects of a course on death and grief on nurses'attitudes toward dying patients and death. *Death education*, vol 4 (3), 245-260
245. Minton, R. e Spilka, B. (1976). Perspectives on death in relation to powerlessness and form of personal religion. *Omega*, 1:261-268

246. Miyashita, M., Nakai, Y., Sasahara, T., Koyama, Y., Shimitzu, Y., Tsukamoto, N. e Kawa, M. (2007). Nursing autonomy plays an important role in nurses' attitudes toward caring for dying patients. *American Journal of Hospice and Palliative Care*, 24 (3):202-210
247. Molasso, W. (2006). Exploring Frankl's purpose in life with college students. *Journal of College and Character*, vol VII, Nº1, 1-10.
248. Moomal, Z. (1999). The relationship between meaning in life and mental well being. *South African Journal of Psychology*, 29, 36-41.
249. Moore, M. e Neimeyer, R.(1991). A confirmatory factor analysis of the Threat Index. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60: 122-129
250. Moreno; A. (1998). *Medicina, Ciência e Tecnologia*. Lisboa: GlaxoWellcome.
251. Morin, E. (1988). *O Homem e a Morte*. Mem Martins. Publicações Europa América.
252. Morito, T., Murato, H., Hirai, K., Tamura, K., Kataoka, J., Ohnishi, H., Azisuki, N., Kurihara, Y., Akechi, T., Uchitomi, Y. (2007). Meaninglessness in terminally ill cancer patients: a validation study and nurse education intervention trial. *Journal of Pain Symptom Management*, vol 34 (2), 160-170.
253. Morgan, J. (1996). The knowledge of death as a stimulus to creativity. In Stack, S.(Ed). *Death and the quest for meaning. Essays in honour of Herman Feifel*. Northvale. Jason Aronson Inc.
254. Moscovitz, E. e Nelson, J. (1995). *The best laid plans*. Hastings' Center Report (Supplement). November-December: 53-55.

255. Mularski, R.A., Bascom, P., Osborne, M.L. (2001). Educational agendas for interdisciplinary end-of-life curricula. *Critical Care Medicine*, Vol.29, No2 (Suppl).
256. Munitz, M. (1993). *Does Life Have a Meaning?* Buffalo. Prometheus Books.

## N

257. Neimeyer, R. (1985). Actualization, integration and fear of death: A test of the additive model. *Death Studies*, 9: 235-250
258. Neimeyer, R. (1994a). Preface. In Neimeyer, R. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington. Taylor & Francis.
259. Neimeyer, R. (1994). The Threat Index and Related Methods. In Neimeyer, R. (ed.) *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington. Taylor & Francis.
260. Neimeyer, R., Bagley, K. e Moore, M. (1986). Cognitive structure and death anxiety. *Death Studies*, 10: 273-288
261. Neimeyer, R., Moore, M. e Bagley, K. (1988). A preliminary factor structure for the Threat Index. *Death Studies*, 12: 217-225
262. Neimeyer, R. e Moore, M. (1994). Validity and Reliability of the Multidimensional Fear of Death Scale. *Death anxiety handbook: Research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.
263. Neimeyer, R., Fortner, B. (1997). Death Attitudes in Contemporary Perspective. In Stack, S.(Ed). *Death and the quest for meaning. Essays in honour of Herman Feifel*. Northvale. Jason Aronson Inc.

264. Neimeyer, R., Wittkowsky, J., Moser, R. (2004). Psychological research on death attitudes: An overview and evaluation. *Death Studies*, 28, 309-340.
265. Nelson, L. e Nelson, C. (1975). A factor analytic inquiry into the multidimensionality of death anxiety. *Omega*, 6:171-178.
266. Nriagu, J. (1983). Saturnine gout among Roman aristocrats. *New England Journal of medicine*, 308 (11): 660-663
267. Nunes, L. S. (1999). *O Sentido de Coerência: Operacionalização de um conceito que influencia a saúde mental e a qualidade de vida*. Dissertação de Mestrado apresentada na Escola Nacional de Saúde Pública de Lisboa.
268. Nulland, S. (1996). The doctor's role in death. In Spiro, H., Curnen, M. e Wandel, L. (Eds). *Facing death: Where culture, religion and medicine meet*. New Haven: Yale University Press.

## O

269. O'Connor; K. E Chamberlain, K. (2000). Dimensions and Discourses of Meaning in Life: Approaching Meaning from Qualitative Perspectives. In Reker, G. e Chamberlain, K. (Eds). *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span*. California. Sage.
270. Oliveira, A. (1999). *O Desafio da Morte*. Lisboa. Editorial Notícias.
271. Oliveira, J.H. (1998). *Viver a Morte: Abordagem Antropológica e Psicológica*. Coimbra: Livraria Almedina.
272. Osgood, N. (2000). Ageism and elderly suicide: the intimate connection. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.

273. Oskamp, S. (1997). *Attitudes and opinions*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.

## P

274. Pacheco, S. (2002). *Cuidar a Pessoa em Fase Terminal: Perspectiva Ética*. Loures. Lusociência.
275. Palgi, P. E Abramovitch, H. (1984). Death: A cross-cultural perspective. *Annual Review of Anthropology*, 13: 385-417
276. Park, J. (1999) *In quest of fulfilment: Money, achievement, marriage, children and religion*. Minneapolis. Existential Books.
277. Parkes, C., Laungani, P., Young, B. (coord.) (1997). *Morte e luto através das culturas*. Lisboa. Climepsi Editores.
278. Parkhe, A. (1993). Strategic alliance structuring: A game theoretic and transaction cost examination of interfirm cooperation. *Academy of Management Journal*, 36, 4, 794-829.
279. Pearson, P. e Sheffield, B. (1989). Psychoticism and purpose in life. *Personality and Individual Differences*, 10, 1321-1322
280. Peralta, E. (2001). *Estudo sobre os objectivos de vida na idade adulta avançada*. Dissertação de Mestrado apresentada pela Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Lisboa.
281. Peralta, E., Silva, M. (2003). Teste dos Objectivos de Vida (PIL-R) in Gonçalves, M., Simões, M., Almeida, L. E Machado, C. (Coords.). *Avaliação Psicológica: instrumentos validados para a população portuguesa*. Vol.I, Coimbra. Quarteto

282. Pestana, M. H. E Gageiro, J. (2005). *Análise de dados para ciências sociais: A complementaridade do SPSS* (4ª ed.). Lisboa. Sílabo
283. Phillips, W. (1980). Purpose in life, depression, and locus of control. *Journal of Clinical Psychology*, vol.36, nº3, 661-667.
284. Piek, J., Lidke, G., Terberger, T., von Smekal, V. e Gaab, M. (1999). Stone age skull surgery in Mecklenburg-Vorpommern: A systematic study. *Neurosurgery*, 45(1):147-151
285. Pitta, A. (2003). *Hospital: dor e morte como ofício*. São Paulo. Editora Hucitec.
286. Poirier, J. (1998). *História dos costumes: As técnicas do corpo*. Lisboa. Estampa.
287. Porta, M., Busquet, X. E Janiod, M. (1997). Attitudes and views of physicians and nurses towards cancer patients dying at home. *Palliative Medicine*, vol 11(2), 116-126.
288. Portela, J.L., Neto, I.G. (1999). *Dor e cuidados paliativos*. Lisboa. Permanyer Portugal.
289. Preacher, K. e Leonardelli, G. (2001). Calculation for the Sobel test: An interactive calculation tool for mediation. In <http://www.psych.ku.edu/preacher/sobel/sobel.htm> (acesso 07/2007)
290. Prendergast, T. (2001) .Advance care planning: Pitfalls, progress, promise. *Critical Care Medicine*, Vol.29, Nº2 (Suppl)
291. Price, M. (2001). History of ancient medicine in Mesopotamia and Iran. ([www.iranchamber.com/history/articles/ancient\\_medicine\\_mesopotamia\\_iran.php](http://www.iranchamber.com/history/articles/ancient_medicine_mesopotamia_iran.php))



292. Pronovost, P., Angus, D. (2001). Economics of end-of-life care in the intensive care unit. *Critical Care Medicine*, Vol.29, Nº2 (Suppl)

## Q

293. Queirós, M. J. (1999). O luto. In Portela.L. e Neto, I. (coord.). *Dor e Cuidados Paliativos*. Lisboa. Permanyer Portugal
294. Quinn, P. E Reznikoff, M. (1985). The relationship between death anxiety and the subjective experience of time in the elderly. *International Journal of Aging Human Development*. 21, 197-210.

## R

295. Rabow, M., Hardie, G., Fair, J. e Mcphee, S.(2000). End-of-Life care content in 50 textbooks from multiple specialities. *Journal of the American Medical Association*, 283, 771-778.
296. Redinbaugh, E. M., Schuerger, J.M., Weis, L.L., Brufsky, A. E Arnold, R. (2001). Health care professionals- grief: a model based on occupational style and coping. *Psycho-Oncology*, 10 (187-198)
297. Reig, A. (2002). Estrés laboral asistencial Y calidad de vida personal en la atención oncológica. In Dias, M. e Durá, E., *Territórios da Psicologia Oncológica*. Lisboa. Climepsi Editores.
298. Reis, E. (1997). *Estatística multivariada aplicada*. Lisboa: Sílabo.
299. Reker, G. (1977). The purpose in life test in an inmate population: An empirical investigation. *Journal of Clinical Psychology*, 33, 688-693.

300. Reker, G. (1992). *Manual of the Life Attitude Profile-Revised*. Peterborough, Ontario: Student Psychologists Press.
301. Reker, G. (1996). *Manual of the Sources of Meaning Profile-Revised (SOMP-R)*. Department of Psychology. Trent University.
302. Reker, G. (2000). Theory, dimensions, and measurement of existential meaning. In Reker, G. e Chamberlain, K. (Eds). *Exploring Existential Meaning: Optimizing Human Development Across the Life Span*. California. Sage.
303. Reker, G. (2005). Meaning in life of young, middle-aged, and older adults: factorial validity, age, and gender of the Personal Meaning Index (PMI). *Personality and Individual Differences*, 38, 71-85
304. Reker, G. e Cousins, J. (1979). Factor structure; construct validity and reliability of the Seeking of Noetic Goals (SONG) and Purpose in Life (PIL) tests. *Journal of Clinical Psychology*. Vol.35, nº1, 85-92.
305. Reker, G. e Peacock, E. (1981). The Life Attitude Profile (LAP): A multidimensional instrument for assessing attitudes towards life. *Canada Journal of Behavioral Sciences*, 13: 264-273.
306. Reker, G. e Wong, P. (1984). Psychological and physical well-being in the elderly: The Perceived Well-Being Scale. *Canadian Journal on Aging*, 3: 23-32
307. Reker, G. e Wong, P. (1988). Aging as an individual process: Toward a theory of personal meaning. In Birren, J. e Bergston, V. (Eds). *Emergent Theories of Aging*. New York. Springer

308. Reker, G. E Fry, P. (2003). Factor structure and invariance of personal meaning measures in cohorts of younger and older adults. *Personality and Individual Differences*, 35, 977-933.
309. Reviccki, D. e Whitley, T. (1995). Work-Related Stress and Depression in Emergency Medicine Residents. In Sauter, S. e Murphy, L. (Eds). *Organizational risk factors for job stress*. Washington, American Psychological Association.
310. Rifkinson-Mann, S. (1988). Cranial surgery in ancient Peru. *Neurosurgery*, 23(4): 411-416.
311. Rigdon, M. e Epting, F. (1985). Reduction in death threat as a basis for optimal functioning. *Death Studies*, 9: 427-448
312. Rinpoche, S. (2001). *O livro tibetano da vida e da morte*. (Manuel Cordeiro Trad.). Lisboa. Prefácio.
313. Robak, R. E Griffin, P. (2000). Purpose in life: What is its relationship to happiness, depression and grieving? *North American Journal of Psychology*, 2, 113-119.
314. Robbins. A. (1994). Death competency: Bugen's coping with death scale and death self efficacy. In Neimeyer, R.A. (Ed) *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application*. Washington. TayloreFrancis.
315. Robinson, P. e Wood, K. (1984). Fear of death and physical illness. In Epting, F. e Neimeyer, R. (Eds). *Personal meanings of death*. Washington. Hemisphere
316. Robinson, P., Shaver, P.R., Wrightsman, L. S.(Eds). (1991). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego. Academic Press.

317. Rooda, L., Clements, R. E Jordan, M. (1999). Nurses' attitudes towards death and caring for dying patients. *Oncology Nursing Forum*, 26 :1683-1687
318. Rosenquist, A., Bergman, K. e Strang, P. (1999). Optimizing Hospital-Based Home Care For Dying Cancer Patients: A Population-Based Study. *Palliative Medicine*. Vol.13 (5).
319. Ross, R. R., Altmaier, E. M. (1998). *Intervention in Occupational Stress*. Londres. Sage Publications.
320. Rothmann, S., Scholtz, P., Rothmann, J. e Fourie, M. (2002). *The relationship between individual variables and work-related outcomes*. Paper presented in the International Council for Small Business 47<sup>th</sup> World Conference, San Juan, Puerto Rico, June 16-19.
321. Ryland, E. e Greenfeld, S. (1991). Work stress and well being: An investigation of Antonovsky's sense of coherence model. *Journal of Social Behaviour and Personality*, 6, 1-6.

## S

322. Saggino, A. e Kliné, P. (1996). Item factor analysis of the Italian version of the Death Anxiety Scale. *Journal of Clinical Psychology*, 52 (3): 329-333
323. Sanders, C. (1999). *Grief: The mourning after*. Nova Iorque. John Willey e Sons, Inc.
324. Santos, J. (1986). *Os Nêgo e a Morte*. Petrópolis. Editora Vozes.

325. Schaufeli, W., Keijsers, G. E Miranda, D. (1995). Burnout, Technology Use, and ICU Performance. In Sauter, S. e Murphy, L. (Eds). *Organizational Risk Factors for Job Stress*. Washington, American Psychological Association.
326. Scheier, M. e Carver, C. (1985). Optimism, coping and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, 4, 219-247.
327. Schultz, C. (1977). Death anxiety and the structuring of a death concerns cognitive domain. *Essence*, 1: 245-270
328. Schussler, G. (1992). Coping strategies and individual meanings of illness. *Social Sciences and Medicine*, 34, 427-432.
329. Seeman, M. (1991). Alienation and Anomie. In Robinson, J., Shaver, P. e Wrightsman (Eds). *Measures of Personality and Social Psychological Attitudes*. San Diego. Academic Press
330. Sellitz, C., Wrightsman, L. e Cook, S. (1976). *Research methods in social relations*. New York. Holt, Rinehart and Winston.
331. Serrão, D., Nunes, R.(coord). (1998). *Ética em Cuidados de Saúde*. Porto. Porto Editora
332. Seymour, J. (2001). *Critical Moments – Death and Dying in Intensive Care*. Open University Press. Buckingham.
333. SFAP (2000). *Desafios da Enfermagem em Cuidados Paliativos*. Loures. Lusociência.
334. Shek, D. (1988). Reliability and factorial structure of the Chinese version of the Purpose-in-Life Questionnaire. *Journal of Clinical Psychology*, 44, 384-392

335. Silva, I., Pais-Ribeiro, J. e Cardoso, H. (2004). Dificuldade em perceber o lado positivo da vida? Stresse em doentes diabéticos com e sem complicações crónicas da doença. *Análise Psicológica*, 3 (XXII), 597-605.
336. Simões, J. (2004). *Retrato político da saúde*. Coimbra. Almedina
337. Sink, C., Purcell, M., Keppel, J. e Gamper, H. (1997). *Meaning and purpose in Russian, Swiss and American adolescents*. Paper presented at the British Educational Research Association Annual Conference. September 11-14: University of York.
338. Smith, T. e Walz, B. (1995). Death education in paramedic programs: a nationwide assessment. *Death Studies*. Vol 19 (3), 257-267
339. Smith, T. e Walz, B. (1998). The cadre of death education in paramedic programs. *Prehospital Disaster Medicine*. Vol 13 (1), 63-66.
340. Sobel, M. (1982). Asymptotic intervals for indirect effects in structural equations models. In S. Leinhardt (Ed.), *Sociological methodology 1982* (pp. 290-312). S. Francisco: Jossey-Bass.
341. Sommer, K. E Baumeister, R. (1998). The construction of meaning from life events: empirical studies of personal narratives. In Wong, P. e Fry, P. (Eds.) *The Human Quest for Meaning: A Handbook of Psychological Research and Clinical Applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
342. Sournia, J. (1992). *História da medicina*. (trad. Jorge Domingos Nogueira). Coleção História e Biografias. Instituto Piaget
343. Spielberger, C., Gorsuch, R., Lushene, R., Vagg, P. e Jacobs, G. (1983). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory (Form Y)*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press.

344. Spiro, H., Curnen, M., Wandel, L. (Eds). (1996). *Facing Death*. Yale University Press.Londres
345. Sprung, C., Geber, D., Eidelman, L., Baras, M., Pizov, R., Nimrod, A., Oppenheim, Epstein, L., Cotev, S.(1999). Evaluation of triage decisions for intensive care admission. *Critical Care Medicine*, Vol.27, N° 6
346. Starck, P. (1985). *Guidelines- Meaning in Suffering Test*. Berkeley. Institute of Logotherapy Press.
347. Steger, M., Frazier, P., Oishi, S. e Kaler, M. (2006). The Meaning in Life Questionnaire: Assessing the Presence of and Search for Meaning in Life. *Journal of Counselling Psychology*, vol.53 (1), 80-93.
348. Steinhauer, K., Clipp, E., McNeilly, M., Cristakis, N., McIntyre, L. e Tulsky, J. (2000). In search of a good death: observations of patients, families and providers. *Annals of Internal Medicine*, 132(10):825-832
349. Steinitz, L. (1980). Religiosity, well-being, and weltanschauung among the elderly. *Journal of the Scientific Study of Religion*, 19: 60-87
350. Stevens, J. (2002). Applied multivariate statistics for the social sciences. Nova Jersey: Lawrence Erlbaum.
351. Strang, S. (2002). Spiritual/Existential Issues in Palliative Care. Goteborg University Institute of Selected Clinical Sciences. Department of Oncology. Suécia
352. Strang, S e Strang, P. (2001). Spiritual thoughts, coping and sense of coherence in brain tumor patients and their spouses. *Palliative Medicine*, vol. 15, 127-134

353. Sullivan, A., Lakoma, M. e Block, S. (2003). The status of medical education in end-of-life care: a national report. *Journal of General International Medicine*, vol18(9), 685-695
354. Swain, H. e Cowles, K. (1982). Interdisciplinary Death Education in a Nursing School. *Death Studies*, 5 (4), 297-315.

## T

355. Taylor, S. (1989). *Positive Illusions: creative self-deception and the healthy mind*. New York. Basic Books.
356. Tedeshi, R., Park, C. e Calhoun, L. (Eds) (1998). *Posttraumatic growth: Positive changes in the aftermath of crisis*. Mahwah, NJ: Erlbaum.
357. Teles, V. G. (2000). *Cuidados intensivos pediátricos: a criança submetida a cirurgia cardíaca*. Manual Sinais Vitais. Coimbra. Edições Formasau
358. Templer, D. (1970). The construction and validation of a Death Anxiety Scale. *Journal of General Psychology*, 82: 165-177.
359. Templer, D. (1986). Two factor theory of death anxiety: A note. *Essence*, 1: 91-93.
360. Templer, D., Lavoie, M., Chalgujian, H. e Thomas-Dobson, S. (1990). The measurement of death depression. *Journal of Clinical Psychology*, 46 (6), 834-839.
361. Templer, D., Ruff, C. e Franks, C. (1971). Death anxiety: Age, sex, and parental resemblance in diverse populations. *Developmental Psychology*, 1: 108.



362. Templer, D. e Ruff, C. (1975). The relationship between death anxiety and religion in psychiatric patients. *Journal of Thanatology*, 3: 165-168.
363. Thomas, L. V. (1992). La mort qui change. *Thanatologie*. nº 89/90 (5-19)
364. Thomas, L.V. (1999). *Morte e Poder*. Lisboa. Temas e Debates
365. Thorson, J. e Powell, F. (1988). Elements of death anxiety and meanings of death. *Journal of Clinical Psychology*, 44(5): 691-701
366. Thorson, J. e Powell, F. (1989). Death anxiety and religion in an older male sample. *Psychological Reports*, 64: 985-986
367. Thorson, J., Powell, F. C. (1994). A Revised Death Anxiety Scale. In Neimeyer, R. (Ed) *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application*. Washington. TayloreFrancis.
368. Thorson, J., Powell, F.C. (2000). Death anxiety in young and old adults. In Tomer, A. (ed.) *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
369. Tomer, A. (1994). Death Anxiety in Adult Life- Theretical Perspectives. In Neimeyer, R.A. (Ed) *Death Anxiety Handbook: Research, Instrumentation and Application*. Washington. Taylor & Francis.
370. Tomer, A. (2000). Death-related attitudes: conceptual distinctions. In Tomer, A. (ed.) *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
371. Tomer, A., Eliason, G. (2000). Atitudes about life and death: towards a comprehensive model of death anxiety. In Tomer, A. (ed.) *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.

372. Tomer, A., Eliason, G. e Smith, J. (2000). The structure of the Revised Death Anxiety Scale. In Tomer, A. (ed.) *Death Attitudes and the Older Adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge
373. Trindade Lopes (1989). *O homem egípcio e a sua integração no cosmos*. Lisboa: Teorema.
374. Trindade Lopes (1991). *O Livro dos Mortos do Antigo Egipto* (Trad.). Lisboa: Assírio e Alvim.
375. Truog, R.D., Cist, A.F., Brackett, S.E., Burns, J.P., Curley, M.A., Danis, M., DeVita, M.A., Rosenbaum, S.H., Rothenberg, D.M., Sprung, C.L., Webb, S.A., Wlody, G.S., Hurford, W.E. (2001). Recommendations for end-of-life care in the intensive care unit : The Ethics of the Society of Critical Care Medicine. *Critical Care Medicine*, vol.29, No 12
376. Trusk, J., Paulus, G. e Trusk, P. (1979). The availability of education on death and dying: a survey of U.S. nursing schools. *Death Education*. Vol 3 (2), 131-142.
377. Twycross, R., Lichter, I.(1999). The Terminal Phase. In Doyle, D., Hanks, G.C., Macdonald, N., *Oxford Textbook of Palliative Medicine*. Oxford. Oxford University Press.
378. Twycross, R. (2003). *Cuidados Paliativos*. Lisboa. Climepsi Editores.
379. Tucunduva, L., Garcia, A., Prudente, F., Centofanti, G., de Souza, C., Monteiro, T., Vince, F., Samano, E., Gonçalves, M. e Del Giglio, A. (2006). Incidência da síndrome de burnout em oncologistas brasileiros. *Revista da Associação Médica Brasileira*. 52 (2), 108-112.
380. Turner, J.S., Helms, D. B. (1995). *Lifespan Development*. Fort Worth. Hartcourt Brace College Publishers.

## U

381. Ulla, S., Coca, C., Diaz, J., Remor, E., Arranz, P., Bayés, R. (2003).  
Coping with Death: Perceptions of health care professionals working in a  
pediatric intensive care unit and in a geriatric service. *Illness, Crisis e Loss*,  
Vol.11, 4, 318-336.
382. Urien, B (2003). L'anxiété face à la mort et son influence sur le  
comportement du consommateur. *Recherch*, 18 (4): 23-42
383. Ury, W. Berkman, C., Weber, C., Pignott, M.e Leipzig, R. (2003).  
Assessing medical students' training in end of life communication: a survey  
of interns at one urban teaching hospital. *Academic Medicine*, 78(5): 530-  
537.

## V

384. Vachon, M.L. (1987). *Occupational Stress in the Care of the Critically ill, the  
Dying and the Bereaved*. Hemisphere Publishing Corporation. Washington.
385. Vachon, M. (2005). The stress of professional caregivers. In Doyle, D.,  
Hanks, G.C., Macdonald, N. (Eds), *Oxford Textbook of Palliative Medicine*.  
Oxford. Oxford University Press.
386. Vandendorpe, C. (1991). Lecture et quête de sens. *Protée*, 19, 95-101
387. Vanoyeke, V. (1999). L'Egypte inconnue. *Science et Vie*. N° 982 (49-64)
388. Van Ranst, N. e Marcoen, A. (1997). Meaning in Life of Young and Elderly  
Adults: An Examination of The Factorial Validity and Invariance of the Life  
Regard Index. *Personality and Individual Differences*, vol22, n°6, 877-884

389. Van Ranst, N. e Marcoen, A. (2000). Structural Components of Personal meaning in Life and Their Relationship with Death Attitudes and Coping Mechanisms in Late Adulthood. In Reker;G. e Chamberlain, K. (Eds). *Exploring existential meaning: Optimizing human development across the life span*. California. Sage.
390. Vejlgard, T. e Addington-Hall, J. (2005). Attitudes of Danish doctors and nurses to palliative and terminal care. *Palliative Medicine*, vol 19(2), 119-127.
391. Vernon, G. (1972). Death control. *Omega*, 3: 165-168.

## W

392. Wagner, K. e Lorion, R. (1984). Correlates of death anxiety in elderly persons. *Journal of Clinical Psychology*, 40:1235-1241
393. Waisberg, J. e Porter, J. (1994). Purpose in life and outcome of treatment for alcohol dependence. *British Journal of Clinical Psychology*, 33, 49-63.
394. Waldron, H. (1973). Lead poisoning in the ancient world. *Medical History*, 17 (4):391-399
395. Walker, K. (1958). *História da medicina*. Lisboa. Editorial Notícias.
396. Walker, ,L., Heys, S., Walker, M., Ogston, K., Miller, I., Hutcheon, A., Sarkar, T., Ah-See, A. e Eeremin, O. (1999). Psychological factors can predict the response to primary chemotherapy in patients with locally advanced breast cancer. *European Journal of Cancer*, vol.35, 13: 1783-1788.

397. Walkey, F. (1982). The Multidimensional Fear of Death Scale: An independent analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50: 466-467
398. Walsh, F., McGoldrick, M. (Eds) (1991). *Living beyond Loss: Death in the family*. Nova Iorque. W. W. Norton e Company.
399. Walters, L. e Klein, A. (1980). A cross-validated investigation of the Crumbaugh Purpose-In-Life test. *Educational and Psychological Measurement*, 40, 1065-1071
400. Warner, S. e Williams, J. (1987). The Meaning in Life Scale: Determining the reliability and validity of a measure. *Journal of Chron's Disease*, 40, 503-512.
401. Warren, W. e Chopra, P. (1978-1979). Some reliability and validity considerations on Australian data from the Death Anxiety Scale. *Omega*, 9: 293-299
402. Wass, H. (2004). A Perspective on the Current State of Death Education. *Death Studies*; 28: 289-308.
403. Weiler, P. (2001). *Aging with success: Theory of personal meaning as a model of understanding death attitudes*. Thesis submitted in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Arts. Trinity Western University.
404. Westman, A. e Brackney, B. (1990). Relationships between indices of neuroticism, attitudes toward and concepts of death and religiosity. *Psychological Reports*, 66: 1039-1043

405. Whipple, D. e Canellos, G. (1991). Burnout syndrome in the practice of oncology: results of a random survey of 1.000 oncologists. *Journal of Clinical Oncology*, vol 9 (10), 1916-1920.
406. White, C. (2004). Meaning and its Measurement in Psychosocial Oncology. *Psycho-Oncology*, 13, 468-481.
407. Wittkowsky, J. (1988). Relationships between religiosity and attitudes toward death and dying in a middle-aged sample. *Personality and Individual Differences*, 9: 307-312
408. Wittkowsky, J. (2001). The construction of the Multidimensional Orientation Toward Death and Dying Inventory (MODDI-F). *Death Studies*, 25: 479-495.
409. Wong, P. (1998). Implicit theories of meaningful life and the development of the Personal Meaning Profile. In Wong, P. e Fry, P. (Eds.) *The Human quest for meaning: A handbook of psychological research and clinical applications*. Mahwah. Laurence Erlbaum Associates.
410. Wong; P. (2000). Meaning of life and meaning of death in successful aging. In Tomer, A. (ed.) *Death attitudes and the older adult*. Philadelphia. Brunner-Routledge.
411. Wong, P., Reker, G. e Guesser, G. (1994). Death Attitude Profile-Revised: A multidimensional Measure of Attitudes Toward Death. In Neimeyer, R. (ed.) *Death Anxiety Handbook: research, instrumentation and application*. Washington: Taylor & Francis.

X

## Y

- 412. Yalom, I. (1980). *Existential Psychotherapy*. New York. Basic Books.
- 413. Yalom, I. (2000). *Religion and Psychiatry*. Acceptance speech, delivered at the American Psychiatric Association, New Orleans  
[www.yalom.com/pfister.html](http://www.yalom.com/pfister.html)

## Z

- 414. Zigmond, A. e Snaith, R. (1983). The Hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta psychiatrica Scandinavica*. Vol 67: 361-370
- 415. Zika, S.e Chamberlain, K. (1992). On the relation between meaning in life and psychological well-being. *British Journal of Psychology*. 83, 133-145
- 416. Zung, W. (1965). A self-rating depression scale. *Archives of General Psychiatry*, 12: 63-70





**ANEXO I**

**INSTRUMENTOS UTILIZADOS**

**Perfil de Atitudes Perante a Morte – Revisto**  
(Wong, Reker & Guesser, 1994)

Este questionário contém uma série de afirmações relativas a diferentes atitudes perante a morte.

Leia atentamente cada afirmação, e depois indique o quanto concorda ou discorda com a mesma. Por exemplo um item pode afirmar “A morte é uma amiga”. Indique o quanto concorda ou discorda, desenhando um círculo, em torno da opção, ou fazendo um X, sobre a mesma (o que for mais simples para si). As opções de resposta vão do Concordo MUITÍSSIMO ao Discordo MUITÍSSIMO e do Discordo MUITÍSSIMO ao Concordo MUITÍSSIMO.

Se concordar MUITÍSSIMO com a afirmação fará um círculo em torno da opção “Concordo MUITÍSSIMO”. Se discordar MUITÍSSIMO com a afirmação fará um círculo em torno da opção “Discordo MUITÍSSIMO”. Se estiver indeciso, escolha a opção “Não Concordo nem Discordo”. Tente no entanto usar esta opção o menos possível.

É importante que pense bem em cada afirmação e que responda a todas elas.

Muitas das afirmações podem parecer semelhantes, mas todas são necessárias para evidenciar pequenas diferenças ao nível das atitudes.

-----  
**1. A morte constitui sem dúvida uma experiência terrível.**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**2. Perspectivar a minha própria morte gera-me ansiedade**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**3. Evito pensamentos acerca da morte a todo o custo**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**4. Acredito que irei para o Céu depois de morrer**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**5. A morte porá fim a todos os meus problemas**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**6. A morte devia ser olhada como um acontecimento natural, inegável e inevitável.**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**7. Perturba-me o facto da morte ser irreversível**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**8. A morte é uma passagem para um local de satisfação plena**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
------------------------	----------	---------------------------	------------------------------	---------------------------	----------	------------------------

**9. A morte permite escapar deste mundo terrível**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**10. Sempre que me ocorrem pensamentos acerca da morte, procuro afastá-los**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**11. A morte é a libertação da dor e do sofrimento**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**12. Tento sempre não pensar na morte**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**13. Acredito que o céu será um local bem melhor do que este mundo**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**14. A morte é um aspecto natural da vida**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**15. A morte é a união com Deus e com a felicidade eterna**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**16. A morte traz uma promessa de uma vida nova e gloriosa**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**17. Não temerei a morte mas também não a receberei de braços abertos**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**18. Tenho um intenso medo da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**19. Evito por completo pensar na morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**20. O tema da vida depois da morte perturba-me bastante**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**21. O facto da morte poder significar o final de tudo o que conheço assusta-me**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**22. Aguardo com expectativa a reunião com os que amei, depois da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**23. Vejo a morte como alívio do sofrimento terreno**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**24. A morte é simplesmente uma parte do processo da vida**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**25. Vejo a morte como uma passagem para um lugar eterno e abençoado**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**26. Tento não me envolver em nada que tenha a ver com o tema da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**27. A morte oferece a maravilhosa libertação da alma**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**28. Uma das coisas que me conforta perante a morte é a minha crença numa continuidade da vida depois da morte**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**29. Vejo a morte como alívio dos fardos desta vida**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**30. A morte não é boa nem má**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**31. Aguardo com expectativa a vida depois da morte**

Concordo muitíssimo	Concordo	Concordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Discordo moderadamente	Discordo	Discordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

**32. A incerteza de não se saber o que acontece depois da morte preocupa-me**

Discordo muitíssimo	Discordo	Discordo moderadamente	Não concordo nem discordo	Concordo moderadamente	Concordo	Concordo muitíssimo
---------------------	----------	------------------------	---------------------------	------------------------	----------	---------------------

## HADS

Este questionário está concebido de forma a perceber a forma como se sente. Leia com atenção todas as frases e coloque uma cruz (X) à frente da resposta que melhor corresponde ao modo como se tem sentido na última semana.

Não demore muito tempo a pensar nas respostas. A sua reacção imediata a cada frase será provavelmente mais exacta do que uma resposta muito reflectida.

Faça apenas uma cruz (X) por cada pergunta.

<b>1- Sinto-me tenso ou contraído</b> <input type="checkbox"/> A maior parte das vezes <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca	<b>2- Continuo a ter prazer nas mesmas coisas de antes</b> <input type="checkbox"/> Tanto como antes <input type="checkbox"/> Não tanto como antes <input type="checkbox"/> Só um pouco <input type="checkbox"/> Quase nada
<b>3- Tenho uma sensação de medo como se algo de terrível estivesse para acontecer</b> <input type="checkbox"/> Nitidamente e muito forte <input type="checkbox"/> Sim, mas não muito forte <input type="checkbox"/> Um pouco, mas não me incomoda <input type="checkbox"/> De modo algum	<b>4- Sou capaz de rir e de ver o lado divertido das situações</b> <input type="checkbox"/> Tanto como habitualmente <input type="checkbox"/> Não tanto como habitualmente <input type="checkbox"/> De vez em quando, ocasionalmente <input type="checkbox"/> Nunca
<b>5- Tenho a cabeça cheia de preocupações</b> <input type="checkbox"/> A maior parte do tempo <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Raramente	<b>6- Sinto-me bem disposto</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre
<b>7- Sou capaz de estar à vontade e de me sentir relaxado</b> <input type="checkbox"/> Sempre <input type="checkbox"/> Habitualmente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca	<b>8- Sinto-me Lento</b> <input type="checkbox"/> Quase sempre <input type="checkbox"/> Com muita frequência <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca
<b>9- Por vezes fico tão assustado que até sinto um aperto no estômago</b> <input type="checkbox"/> Nunca <input type="checkbox"/> De vez em quando <input type="checkbox"/> Muitas vezes <input type="checkbox"/> Quase sempre	<b>10- Perdi o interesse em cuidar do meu aspecto</b> <input type="checkbox"/> Completamente <input type="checkbox"/> Não tenho tanto cuidado como devia <input type="checkbox"/> Talvez menos interesse do que anteriormente <input type="checkbox"/> O mesmo interesse de sempre
<b>11- Sinto-me impaciente e não consigo estar parado</b> <input type="checkbox"/> Muito <input type="checkbox"/> Bastante <input type="checkbox"/> Um pouco <input type="checkbox"/> Nada	<b>12- Penso com prazer nas coisas futuras</b> <input type="checkbox"/> Tanto como habitualmente <input type="checkbox"/> Menos que anteriormente <input type="checkbox"/> Bastante menos que anteriormente <input type="checkbox"/> Quase nunca
<b>13- Tenho sensações súbitas de pânico</b> <input type="checkbox"/> Com grande frequência <input type="checkbox"/> Bastantes vezes <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Nunca	<b>14- Sinto-me capaz de apreciar um bom livro ou um bom programa de rádio ou TV</b> <input type="checkbox"/> Frequentemente <input type="checkbox"/> Algumas vezes <input type="checkbox"/> Poucas vezes <input type="checkbox"/> Muito raramente

## PIL – PROPÓSITO E SENTIDO DE VIDA

Assinale com um “x” o número que melhor corresponde à sua posição face a cada uma das seguintes afirmações. Note que os números se distribuem de um extremo ao extremo oposto que corresponde ao sentimento oposto. A posição central (4) significa que tem uma posição de neutralidade face à afirmação. Evite, sempre que possível, assinalar o 4.

1. Sinto-me usualmente / Estou usualmente:

Completamente  
aborrecido

1

2

3

4

5

6

7

Cheio de energia e  
de entusiasmo

2. A vida parece-me:

Sempre excitante

1

2

3

4

5

6

7

Completamente  
rotineira

3. Na vida:

Não tenho  
quaisquer  
objectivos ou metas

1

2

3

4

5

6

7

Tenho objectivos e  
metas muito claros

4. A minha existência pessoal é:

Profundamente  
desprovida de  
significado

1

2

3

4

5

6

7

Plena de significado  
e de objectivos

5. Todos os dias são/Cada dia é:

Constantemente  
novos e diferentes

1

2

3

4

5

6

7

Sempre iguais e  
rotineiros / igual a  
todos os outros

6. Se pudesse escolher, eu preferia:

Nunca ter nascido

1

2

3

4

5

6

7

Ter mais 9 vidas  
iguais a esta

7. Depois de me reformar, vou:

Fazer algumas das  
coisas excitantes que  
sempre quis fazer

1

2

3

4

5

6

7

Ficar parado o resto da  
minha vida / acomodar-me  
completamente o resto da  
minha vida

8. No que respeita aos objectivos de vida, eu sinto que:

Não fiz qualquer progresso

1

2

3

4

5

6

7

Progridi até à completa realização

9. A minha vida:

É vazia e plena de desespero

1

2

3

4

5

6

7

É uma sucessão excitante de coisas boas

10. Se morresse hoje, sentiria que a minha vida:

Valeu muito a pena

1

2

3

4

5

6

7

Não teve qualquer valor

11. Quando penso na minha vida, eu:

Pergunto-me frequentemente porque existo

1

2

3

4

5

6

7

Encontro sempre uma razão para existir

12. Quando penso na minha vida em relação com o Mundo, este:

Confunde-me completamente

1

2

3

4

5

6

7

Encaixa com sentido na minha vida

13. Sou uma pessoa:

Muito irresponsável

1

2

3

4

5

6

7

Muito responsável

14. Acredito que o Homem é:

Completamente livre para fazer as suas escolhas de vida

1

2

3

4

5

6

7

Completamente constrangido pela hereditariedade e pelo meio

15. Em relação à morte, eu:

Sinto-me preparado e não tenho medo

1

2

3

4

5

6

7

Não me sinto preparado e tenho medo

16. Em relação ao suicídio, eu:

Já pensei  
seriamente nisso  
como uma saída

1

2

3

4

5

6

7

Nunca pensei nisso  
a sério

17. Penso que a minha capacidade para encontrar um sentido, propósito ou missão na vida é:

Muito elevada

1

2

3

4

5

6

7

Praticamente  
inexistente

18. A minha vida está:

Nas minhas mãos e  
sob o meu controlo

1

2

3

4

5

6

7

Fora das minhas mãos  
e controlada por  
factores externos

19. Lidar com as minhas tarefas diárias é:

Uma fonte de prazer  
e satisfação

1

2

3

4

5

6

7

Uma experiência  
angustiante e  
aborrecida

20. Eu, até este momento:

Não descobri qualquer  
missão ou objectivo na  
minha vida

1

2

3

4

5

6

7

Descobri objectivos de  
vida claros e um sentido  
de vida que me satisfaz



## Questionário Sócio –Demográfico para Profissionais de Saúde

<p>1) Idade: _____ anos</p> <p>2) Sexo:    <input type="checkbox"/> Fem.            <input type="checkbox"/> Masc.</p> <p>3) Estado Civil</p> <p style="padding-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Solteiro(a)  <input type="checkbox"/> Casado(a) ou em regime de união de facto  <input type="checkbox"/> Separado(a) de facto ou divorciado(a)  <input type="checkbox"/> Viúvo(a)         </p> <p>4) Número de filhos: _____</p>	<p>5) Idade dos filhos</p> <p style="padding-left: 20px;"> <input type="checkbox"/> Primeira Infância (0-3 anos)  <input type="checkbox"/> Infância- (3-10 anos)  <input type="checkbox"/> Adolescência (11-18 anos)  <input type="checkbox"/> Jovens adultos (18-25 anos)  <input type="checkbox"/> Adultos (25 em diante)         </p> <p>6) Tempo de Exercício Profissional: _____ (anos)</p> <p>7) Tempo de Exercício Profissional neste serviço: _____</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8a) Habilitações Profissionais Actuais (Se enfermeira/o)

Curso Geral de Enfermagem ..... ☐  
 Complemento de Formação em Enfermagem ..... ☐  
 Licenciatura em Enfermagem ..... ☐  
 Enfermeiro Graduado ..... ☐  
 Especialidade em Enfermagem ..... ☐  
 Mestrado ..... ☐  
 Doutoramento ..... ☐  
 Licenciatura Adicional ..... ☐  
                                          Qual? \_\_\_\_\_  
 Outra habilitação. Qual? \_\_\_\_\_

8b) Habilitações Profissionais Actuais (Se médica/o)

Licenciatura em Medicina ..... ☐  
 Médico Especialista ..... ☐  
 Mestrado ..... ☐  
 Doutoramento ..... ☐  
 Licenciatura Adicional ..... ☐  
 Outra? Qual? \_\_\_\_\_

10) Número de serviços diferentes pelos quais já passou: \_\_\_\_\_

11) Qual foi o tempo médio que trabalhou em cada serviço: \_\_\_\_\_

12) No serviço em que trabalha, qual considera ser o grau de mortalidade a que está exposto? (assinale uma com um x)

Baixa : \_\_\_\_\_ Moderada: \_\_\_\_\_ Elevada: \_\_\_\_\_

Muito obrigado.

**ANEXO II**  
**DESCRITIVAS**

### ***Estatísticas descritivas por área ocupacional***

Área ocupacional		N	Média	Desvio-Padrão
Análises clínicas	Idade	32	22,63	1,21
	Antiguidade	0		
	DAP-R Medo	32	4,39	1,19
	DAP-R Evitamento	32	4,68	1,51
	DAP-R Ac. Neutra	32	5,29	,72
	DAP-R Ac. Religiosa	32	4,24	1,02
	DAP-R Ac. Escape	32	3,43	1,36
	HADS-Ansiedade	32	7,16	3,03
	HADS-Depressão	31	4,10	2,68
	PIL Total	32	109,06	14,36
Cardiopneumologia	Idade	38	25,03	4,51
	Antiguidade	0		
	DAP-R Medo	38	4,71	1,39
	DAP-R Evitamento	38	5,05	1,36
	DAP-R Ac. Neutra	38	5,10	,86
	DAP-R Ac. Religiosa	38	3,70	1,19
	DAP-R Ac. Escape	38	3,20	1,41
	HADS-Ansiedade	38	7,37	2,73
	HADS-Depressão	38	3,95	2,49
	PIL Total	38	105,84	16,10
Fisioterapia	Idade	66	25,82	3,36
	Antiguidade	0		
	DAP-R Medo	66	4,46	1,46
	DAP-R Evitamento	66	4,82	1,34
	DAP-R Ac. Neutra	66	5,52	,74
	DAP-R Ac. Religiosa	66	3,97	1,05
	DAP-R Ac. Escape	66	3,45	1,33
	HADS-Ansiedade	66	7,58	2,83
	HADS-Depressão	66	3,85	2,24
	PIL Total	65	110,85	11,51
		0		
Enfermagem	Idade	42	22,19	1,40
	Antiguidade	0		
	DAP-R Medo	42	4,29	1,01
	DAP-R Evitamento	42	4,10	1,24
	DAP-R Ac. Neutra	42	5,20	,73
	DAP-R Ac. Religiosa	42	3,39	1,15
	DAP-R Ac. Escape	42	2,90	1,20
	HADS-Ansiedade	42	7,19	3,27
	HADS-Depressão	42	3,57	2,67
	PIL Total	41	106,00	11,14

**Quadro 10 (Contin.) - Estatísticas descritivas por Área ocupacional**

Area ocupacional		N	Média	Desvio-Padrão
Centros Saúde	Idade	24	44,42	8,97
	Antiguidade	24	18,00	8,11
	DAP-R Medo	24	3,72	1,13
	DAP-R Evitamento	24	2,72	1,15
	DAP-R Ac. Neutra	24	5,65	,65
	DAP-R Ac. Religiosa	24	3,77	1,31
	DAP-R Ac. Escape	24	2,95	1,04
	HADS-Ansiedade	24	6,63	2,53
	HADS-Depressão	24	3,54	2,39
	PIL Total	24	110,83	10,52
Med. Interna	Idade	15	37,13	12,41
	Antiguidade	15	13,73	10,95
	DAP-R Medo	15	3,47	1,12
	DAP-R Evitamento	15	2,01	1,21
	DAP-R Ac. Neutra	15	5,84	,86
	DAP-R Ac. Religiosa	15	3,26	1,80
	DAP-R Ac. Escape	15	3,32	,97
	HADS-Ansiedade	15	7,33	3,35
	HADS-Depressão	15	3,73	2,98
	PIL Total	15	106,93	15,70
Oncologia	Idade	34	41,15	9,66
	Antiguidade	34	17,41	9,03
	DAP-R Medo	34	4,27	1,33
	DAP-R Evitamento	34	3,31	1,40
	DAP-R Ac. Neutra	34	5,50	,71
	DAP-R Ac. Religiosa	34	4,08	1,21
	DAP-R Ac. Escape	34	3,75	1,25
	HADS-Ansiedade	34	7,18	2,81
	HADS-Depressão	34	4,59	2,87
	PIL Total	34	104,26	12,88
Paliativo	Idade	30	38,43	10,96
	Antiguidade	29	13,90	10,65
	DAP-R Medo	30	4,46	1,35
	DAP-R Evitamento	30	3,55	1,59
	DAP-R Ac. Neutra	30	5,48	,70
	DAP-R Ac. Religiosa	30	3,40	1,38
	DAP-R Ac. Escape	30	3,92	1,53
	HADS-Ansiedade	30	8,00	3,62
	HADS-Depressão	30	3,90	2,89
	PIL Total	30	104,83	13,97

***Estatísticas descritivas por exposição à morte***

Mortalidade		N	Média	Desvio-Padrão
Baixa mortalidade	Idade	56	31,96	12,37
	Antiguidade	24	18,00	8,11
	DAP-R Medo	56	4,10	1,20
	DAP-R Evitamento	56	3,83	1,67
	DAP-R Ac. Neutra	56	5,45	,70
	DAP-R Ac. Religiosa	56	4,03	1,16
	DAP-R Ac. Escape	56	3,22	1,24
	HADS-Ansiedade	56	6,93	2,81
	HADS-Depressão	55	3,85	2,54
	PIL Total	56	109,82	12,78
Média mortalidade	Idade	161	25,74	6,23
	Antiguidade	15	13,73	10,95
	DAP-R Medo	161	4,38	1,33
	DAP-R Evitamento	161	4,42	1,55
	DAP-R Ac. Neutra	161	5,36	,80
	DAP-R Ac. Religiosa	161	3,69	1,22
	DAP-R Ac. Escape	161	3,23	1,29
	HADS-Ansiedade	161	7,40	2,95
	HADS-Depressão	161	3,79	2,47
	PIL Total	159	108,03	13,16
Alta mortalidade	Idade	64	39,87	10,30
	Antiguidade	63	15,79	9,88
	DAP-R Medo	64	4,36	1,33
	DAP-R Evitamento	64	3,42	1,49
	DAP-R Ac. Neutra	64	5,49	,70
	DAP-R Ac. Religiosa	64	3,76	1,33
	DAP-R Ac. Escape	64	3,83	1,38
	HADS-Ansiedade	64	7,56	3,22
	HADS-Depressão	64	4,27	2,88
	PIL Total	64	104,53	13,29

***Estatísticas descritivas por estado civil***

ESTCIVIL		N	Média	Desvio-Padrão
Solteiro	Idade	189	25,27	5,95
	Antiguidade	28	10,18	8,60
	DAP-R Medo	189	4,45	1,28
	DAP-R Evitamento	189	4,42	1,51
	DAP-R Ac. Neutra	189	5,35	,78
	DAP-R Ac. Religiosa	189	3,79	1,19
	DAP-R Ac. Escape	189	3,31	1,38
	HADS-Ansiedade	189	7,33	2,95
	HADS-Depressão	188	3,83	2,51
	PIL Total	188	107,09	13,68
Casado	Idade	80	39,64	10,38
	Antiguidade	63	17,60	8,97
	DAP-R Medo	80	4,12	1,32
	DAP-R Evitamento	80	3,41	1,55
	DAP-R Ac. Neutra	80	5,51	,73
	DAP-R Ac. Religiosa	80	3,73	1,26
	DAP-R Ac. Escape	80	3,42	1,20
	HADS-Ansiedade	80	7,35	3,17
	HADS-Depressão	80	4,07	2,78
	PIL Total	79	108,51	12,23
Divorciado	Idade	11	43,73	9,96
	Antiguidade	10	20,80	9,86
	DAP-R Medo	11	3,68	1,36
	DAP-R Evitamento	11	3,27	1,83
	DAP-R Ac. Neutra	11	5,54	,69
	DAP-R Ac. Religiosa	11	4,14	1,50
	DAP-R Ac. Escape	11	3,92	1,26
	HADS-Ansiedade	11	7,64	2,33
	HADS-Depressão	11	4,27	2,41
	PIL Total	11	108,00	11,79
Viuvo	Idade	1	58,00	.
	Antiguidade	1	31,00	.
	DAP-R Medo	1	2,42	.
	DAP-R Evitamento	1	1,40	.
	DAP-R Ac. Neutra	1	6,00	.
	DAP-R Ac. Religiosa	1	1,10	.
	DAP-R Ac. Escape	1	3,00	.
	HADS-Ansiedade	1	6,00	.
	HADS-Depressão	1	2,00	.
	PIL Total	1	122,00	.